

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

831

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Franck TISSOT

Né le 9 Septembre 1907, à PARIS (Seine)

Pronostic et Tempérament

De l'importance
de la constitution morpho-physiologique
dans l'évolution des maladies

Président : Monsieur E. SERGENT, Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

PRONOSTIC ET TEMPÉRAMENT

**De l'importance
de la constitution morpho-physiologique
dans l'évolution des maladies**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Franck TISSOT

Né le 9 Septembre 1907, à PARIS (Seine)

Pronostic et Tempérament

De l'importance
de la constitution morpho-physiologique
dans l'évolution des maladies

Président : Monsieur E. SERGENT, Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Leon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiatrie	FEY	Urologie.
BENARD Henri ..	Pathologie médicale.	GALLIARD	Parasitologie.
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART ..	
BULLIARD	Histologie.	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
DONZELOT	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.

MM.

HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri...	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OVERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICNET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SEZARY	Dermatologie et syphil-
	graphie.
TROISIERS	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLEY-RADOT	
(Pasteur).	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
AUBERTIN ...	
BRULE	
CHIRAY	
DUVOIR	
HARVIER	} Clinique chirurgicale
LIAN	
BASSET	
CADENAT	
HEITZ-BOYER .	
MOCQUOT	
MOURE	
SCHWARTZ	

MM.

GUENIOT	} Clinique obstétricale
LE LORIER....	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

*Professeur de Clinique propédeutique
à la Faculté de Médecine de Paris*

Qui nous a appris à regarder les
malades.

En témoignage de notre respec-
tueuse reconnaissance pour l'hon-
neur qu'il nous a fait en accep-
tant de présider cette thèse.

AU DOCTEUR CORMAN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin des Asiles

Qui nous a inspiré ce travail et
guidé dans son exécution.

En témoignage de notre reconnaissance et de notre amitié.

A NOTRE MAITRE,

MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

Qui n'a cessé de nous prodiguer
ses encouragements au cours de
nos études.

En témoignage de notre respec-
tueuse gratitude.

A nos Confrères et à nos amis qui nous ont aidé
dans l'exécution de ce travail.

A Monsieur PROTOPAZZI, à qui nous devons les
figures, et que nous tenons à remercier ici tout par-
ticulièrement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

Paris 1926-1927 M. LE PROFESSEUR SERGENT
M. LE PROFESSEUR H. HARTMAN.
1927-1928 M. LE DOCTEUR HALLÉ

Externat :

1928-1929 M. LE PROFESSEUR AUVRAY
1929-1930 M. LE DOCTEUR TOURAINÉ
1930-1931 M. LE PROFESSEUR PROUST
M. LE PROFESSEUR SERGENT
1931-1932 M. LE DOCTEUR GRENET
1932-1933 M. LE DOCTEUR P. MARCHAL
M. LE DOCTEUR PERRON
1933 M. LE DOCTEUR ECALLE

A MES AUTRES MAÎTRES

LES DOCTEURS BORDET, MIGNOT, DURAND,
GIRODE, OUDARD, MAURER

A MES CONFÉRENCIERS

MM. LES DOCTEURS DE SEZE, DEGOS,
DELAFONTAINE, BERGOUIGNAN

PRONOSTIC ET TEMPÉRAMENT

Introduction

Quand un homme est malade, on incrimine habituellement une action nocive du milieu : les intempéries, le régime alimentaire, le surmenage, l'influence d'un toxique ou d'un agent parasitaire, et souvent celle des microbes, dont on connaît depuis PASTEUR le rôle dans la genèse d'un grand nombre de maladies.

Mais on ne tarde pas à remarquer que soumis aux mêmes influences, tous les hommes n'ont pas des maladies également graves ; les uns ne souffrent que de malaises passagers, certains ont une maladie sérieuse qui inquiète quelque temps, d'autres enfin succombent rapidement. Affaire de dose toxique ou de virulence des germes, dit-on. L'explication vaut en effet dans certains cas, mais bien souvent, la gravité de la maladie dépend avant tout des réactions individuelles ou, comme l'on dit depuis HIPPOCRATE, du tempérament : « Le microbe, a dit PASTEUR, est une graine qui peut tomber sur des terrains de fertilités différentes. »

La médecine clinique, qui se nourrit de faits, a toujours tenu compte, avec un prudent éclectisme, de ces deux sortes de facteurs de la maladie ; elle s'est bien gardé de céder aux croyances de la théorie exogéniste, qui tient pour nul le mode de réaction de chaque organisme, non plus qu'à celles de la théorie

endogéniste, qui néglige l'intervention des facteurs du milieu.

C'est en nous inspirant de cette prudente attitude que nous nous sommes posés le problème dont on trouvera ici l'examen : celui du pronostic des maladies en fonction du tempérament du malade. On peut le formuler en ces termes : quels sont les tempéraments susceptibles de réagir efficacement contre les actions pathogènes ? A quels signes peut-on les reconnaître ? Est-il possible de fonder sur leur connaissance quelques règles pronostiques ?

Pour établir une distinction des individus selon leur tempérament, nous nous sommes basés sur l'opposition élémentaire des « forts » et des « faibles ». Cette opposition en effet frappe les yeux des personnes les moins averties : elle est du domaine de la vie courante. Par une tendance naturelle, nous nous plaisons à considérer l'homme fort, celui dont les proportions sont athlétiques et l'activité infatigable, comme mieux armé que l'homme frère contre les atteintes de la maladie.

Cette assimilation de la résistance aux actions pathogènes à la force musculaire procède, comme nous l'avons montré avec CORMAN (1), d'une vue trop superficielle des faits. L'observation enseigne en effet que les « forts » subissent des atteintes souvent plus graves que les « faibles », et que la croyance habituelle n'est pas en accord avec les faits.

Partant de cette opposition entre les deux types de tempérament, nous examinons dans la première par-

(1) « De l'importance du tempérament dans le pronostic des maladies », par Louis CORMAN, médecin des asiles, et Franck TISSOT. *Science médicale pratique*, 15 janvier 1934.

ties de notre thèse dans quelle mesure l'évolution des maladies dépend de la constitution des individus ; nous cherchons à vérifier, dans divers domaines de la pathologie, si cette opposition entre le « fort » et le « faible » a une signification pronostique constante, et nous apportons à l'appui de nos documents personnels l'avis autorisé de plusieurs cliniciens.

Dans la seconde partie, nous tentons une interprétation de ces faits en faisant appel à la conception morpho-physiologique du tempérament que le docteur CORMAN a tirée de l'œuvre de Cl. SIGAUD. A la faveur de cette conception, nous serons amenés à mesurer l'importance que peuvent avoir pour le pronostic des maladies les habitudes fonctionnelles de l'organisme en bonne santé, et nous montrerons la nécessité de leur faire une large place dans l'étude des antécédents du malade.

PREMIERE PARTIE

Documents
concernant la gravité des maladies
selon le tempérament

CHAPITRE PREMIER

Pédiatrie

Il est difficile d'établir un pronostic dans les maladies de l'enfant. Dans des conditions qui nous paraissent identiques, l'un guérit, l'autre succombe en quelques jours. Nous avons souvent entendu nos maîtres déclarer : « Cet enfant va mourir... cet autre va guérir ». Ils se trompaient rarement, mais nous ne profitons guère de leur expérience, faute de savoir sur quels signes ils fondaient leur impression. Toutefois, nous leur avons entendu formuler quelques remarques qui nous ont paru avoir la valeur de véritables règles pronostiques.

En se fiant à la mine, on est en effet porté à croire que les beaux enfants doivent guérir, tandis que la vie des enfants débilités semble facilement en danger. Certes, il n'est pas douteux que la débilité rend souvent les enfants plus fragiles dans la maladie, mais pas autant qu'on pourrait le penser, et les pédiatres ont remarqué que ceux qui succombent en peu de temps à une maladie sont souvent des bébés prospères et de croissance précoce, que ceux qui meurent subitement ont une structure massive avec d'abondantes parties molles et un teint pâle ; généralement victimes d'un allaitement artificiel mal conduit, ils se rapprochent de l'habitus thymo-lymphatique de Pal-

tauf. Ce sont des enfants dont l'embonpoint, bien qu'il fasse la fierté des parents, masque mal un rachitisme bien dénommé « rachitisme floride ». A l'opposé, les enfants qui résistent bien ou que la maladie épargne, sont normalement constitués mais de poids moyen ; leurs chairs sont fermes, leur teint rose ; allaités au sein, ils ont échappé aux erreurs d'alimentation. Assez souvent même, il s'agit d'organismes dont le développement semble difficile ; menus, sujets aux petits troubles digestifs, ils sont assez difficiles à élever. Parfois enfin, ces enfants qui ont la vie « chevillée au corps » sont nettement en retard dans leur croissance en poids et en taille. On voit même des prématurés dont la vitalité dans la maladie est pour les médecins un constant sujet de surprise.

LES INFECTIONS

C'est ainsi qu'en période d'épidémie, lorsque les services sont encombrés de petits « broncho-pneumoniques », on voit de très beaux enfants succomber rapidement et des débiles résister. Ce fait est bien connu et nous n'avons eu aucune peine à l'illustrer par des exemples. Nous rapportons d'abord deux observations de broncho-pneumonies qui ont été rapidement mortelles chez de très beaux enfants.

OBSERVATION I

Enfant Marcel R..., 18 mois, né à terme, élevé au biberon. Bel enfant de 11 kg. 500, bien en chair et de teint rose. Sa sœur aînée, fillette chétive de six ans, fait une rougeole ; elle paraît peu touchée par cette affection, et on ne la tient pas au lit. L'éruption aurait même pu pas-

ser inaperçue si une voisine attentive, chez qui la fillette allait jouer, n'avait fait remarquer à la mère que c'était peut-être là une fièvre éruptive contagieuse pour d'autres enfants. La guérison survient d'ailleurs très vite et sans complications.

On s'attend à ce que le petit frère ait à son tour la rougeole. Et, en effet, dans les délais normaux, l'éruption se produit. On prend les précautions d'usage, mais l'éruption a, au bout de 24 heures, disparu soudainement. L'enfant suffoque, sa température atteint 40°. On diagnostique un double foyer de broncho-pneumonie, et, malgré les soins les plus vigilants, la mort survient dans le collapsus en trois jours.

OBSERVATION II

Gisèle W..., âgée de un an, né à terme, élevée au sein jusqu'à six mois, puis au biberon. C'est une belle enfant, bien développée à la naissance (7 livres) et dont le développement s'est poursuivi sans le moindre accroc de santé (19 livres).

L'histoire de sa maladie tient en peu de lignes : Elle tombe malade le 8 juillet : toux, vomissements, fièvre à 39°. Elle est amenée à l'hôpital le 9. Les soins prodigués se montrent inutiles. La température s'élève dès le troisième jour à 41° et la mort se produit le 12, soit quatre jours après le début. (Obs. due au Docteur H. GRENET).

Il s'agit bien là de ces broncho-pneumonies graves, avec des signes toxiques qui font porter d'emblée un pronostic sévère, mais elles sont survenues précisément chez des enfants dont le bel aspect ne faisait pas craindre une telle issue, et dont on aurait pu attendre une grande résistance.

Voici à l'inverse deux exemples de broncho-pneumonies d'évolution favorable chez des débiles.

OBSERVATION III

Enfant L..., 26 mois. Césarienne à un mois et demi du terme, pesait 1.500 grammes. Vie très précaire pendant les premiers mois. Nourri au biberon, dentition un peu en retard, a marché à 20 mois.

Le développement actuel est à peu près normal (pesait onze kilos à 24 mois), mais le corps est allongé, les membres grêles, la peau est mate, presque cholémique, le visage est menu. C'est un enfant capricieux, difficile à nourrir, maniaque pour ses aliments et d'humeur inégale.

Le 24 mai 1934, le docteur CORMAN, appelé auprès de lui, note : température à 40°, agitation ; diarrhée liquide abondante, refus partiel d'aliments ; signes d'adénoïdite. Deux jours après, dyspnée, battement des ailes du nez. La température est toujours à 40°. L'examen du thorax montre l'existence d'un foyer de submatité avec râles sous-crépitants à la partie moyenne du poumon droit. La température se maintient à 40°5 pendant dix jours et l'état de l'enfant inquiète beaucoup. Au moment où on croyait la partie perdue, la température décrit de larges oscillations pendant quatre jours. Ensuite la défervescence se produit et l'enfant guérit.

OBSERVATION IV

Enfant A. Ch., 16 mois, prématuré, né au huitième mois, pesait 1.400 grammes. Elevé en couveuse, nourri au sein pendant huit mois. Première dent à neuf mois. Commence à marcher. Presque chaque semaine depuis l'âge de dix mois, il a une violente crise d'asthme provoquée par le moindre changement de température. Malgré tout, il est vif, très éveillé, capricieux, fait des colè-

res au cours desquelles il vomit ses aliments. C'est un enfant grêle, à peau mate, au visage mobile, un peu « vieillot ». On note quelques dystrophies suspectes (voûte ogivale, bosses frontales et pariétales très développées et légèrement dissymétriques, genu valgum, grosses épiphyse fémorales, carie dentaire déjà notable.)

Cet enfant est vu à l'occasion d'une élévation de température à 39°5. Il crie et se débat dans son lit, battement des ailes du nez, pas de pâleur. L'examen du thorax montre l'existence d'un foyer de congestion au sommet droit, et des râles de bronchite disséminés. Diarrhée modérée, boit bien. Au septième jour nouveau foyer à la base gauche. Vers le 18^e jour, la défervescence se produit en lysis et l'enfant guérit.

Il s'agit bien dans ces deux observations de broncho-pneumonies bien caractérisées. L'état de chacun de ces deux enfants a pu un moment inquiéter ; toutefois il n'y a pas eu de signes franchement toxiques ou asphyxiques. Mais ce qui aurait pu alarmer davantage encore, c'est le terrain débile sur lequel évoluaient ces deux broncho-pneumonies. Ces enfants réunissaient beaucoup de conditions qui auraient pu, semble-t-il, diminuer leur vitalité : les conditions de leur naissance, leur poids alors à peine compatible avec la vie, leur élevage difficile, et la gracilité de leur corps au moment de leur maladie.

Ils sont nombreux les exemples de beaux enfants, d'adolescents florides enlevés par des maladies diverses :

OBSERVATION V

Pierre J..., 4 ans, si bien développé physiquement qu'il en paraît six, meurt en cinq jours d'une scarlatine maligne.

OBSERVATION VI

J. A..., 10 ans, d'une taille prématurément athlétique, déjà passionné pour les sports de l'adolescence, infatigable, meurt en deux jours d'un épisode méningé après quelques jours d'un malaise inexplicable.

OBSERVATION VII

Pierre M..., gros adolescent au teint coloré, meurt en quinze jours d'une tuberculose pulmonaire aiguë.

Nous croyons que ces cas ne sont pas isolés et qu'ils se multiplieraient beaucoup si on notait avec plus de soin l'habitus extérieur des petits malades, mais il n'est pas dans le courant actuel des idées d'y rattacher de l'importance, et de ce fait, nous ne pouvons guère puiser dans les ouvrages classiques, de quoi confirmer nos propres observations.

LA MORT SUBITE

Nous avons examiné beaucoup d'observations de mort subite. Il s'agit en général de rachitiques gras, qui répondent plus ou moins à la description de l'habitus thymo-lymphatique de Paltauf. Mais leurs fonctions étaient régulières, ils dormaient bien, ils mangeaient bien et n'étaient aucunement malades. Au cours d'une petite crise convulsive, ou sans incident notable, ces enfants se raidissent, pâlisent et meurent. On tente d'expliquer ces morts en incriminant une

excessive vagotonie, le thymus qui est souvent hypertrophié, et on discute le mécanisme de son action. On sait que l'opinion des auteurs qui mettent directement sur l'hypertrophie thymique ces morts subites est actuellement discutée. On tend à élargir le problème et à chercher dans une disposition générale de l'organisme la raison des faits observés. Le professeur MARFAN est le premier défenseur de cette tendance : « Il est possible, dit-il, que la mort ne soit « pas en rapport direct avec l'hypertrophie du thymus et celle des ganglions lymphatiques. L'intumescence de ces organes n'est peut-être que le témoin « ou l'effet d'un état dyscrasique qui est la véritable « cause de la mort. »

L'aspect floride, la régularité des fonctions, un bon sommeil, un bon appétit qui sont habituels chez ces enfants peuvent donc coïncider avec une vitalité amoindrie. Nous verrons, en étudiant chez l'adulte la mort subite, que ces observations se confirment.

LE SYNDROME PALEUR-HYPERTHERMIE

Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas un facteur de même ordre dans les phénomènes que l'on qualifie de « Syndrome pâleur-hyperthermie ». Les articles publiés de divers côtés et surtout ceux qui ont été inspirés par le Professeur OMBREDANNE nous ont servi de documentation. Beaucoup d'observations sont privées d'indications sur l'aspect extérieur; cependant, nous avons relevé des remarques faites incidemment. Nous avons lu dans la thèse du Docteur ARMINGEAT que le syndrome pâleur-hyperthermie semblait éprouver les beaux enfants et épargner les hypotrophiques. Les nourrissons opérés pour sténose



Fig. 1. — ENFANT DU TYPE « FORT ».

Un certain épanouissement des formes est normal chez le jeune enfant, et on ne saurait trop souligner combien un embonpoint modéré, indiquant une bonne nutrition, est nécessaire au développement ultérieur, en protégeant l'organisme contre la maladie.

Mais l'excès est nuisible. Il est dangereux de partager l'opinion des mamans, heureuses de « fortifier » leur bébé et de le voir dépasser en poids tous les autres enfants. Un embonpoint excessif, une forte proéminence du ventre, des membres très gros, un double menton, tous ces signes sont plus fâcheux que favorables. Et l'on peut dire que, lorsque l'embonpoint augmente, la vitalité diminue rapidement. C'est chez les enfants de ce type que l'on voit se produire la mort subite (diathèse thymo-lymphatique), ou la mort rapide au cours d'une maladie.



Fig. 2. — ENFANT DE TYPE « FAIBLE »

Si un excès d'embonpoint diminue la vitalité de l'enfant, une trop grande « chétivité » la diminue aussi, mais moins qu'on pourrait le penser. Il est de ces « faibles » — à l'ossature grêle, aux muscles peu développés, au thorax et au ventre aplatis, au visage amenuisé, au menton effilé, aux yeux creux et mobiles — qui semblent voués à une mort rapide, et qui pourtant résistent. Leur appétit est médiocre, leur sommeil irrégulier. Ils sont souffreteux. Un grand nombre pourtant deviendront des adultes, toujours fragiles, toujours souffrants, mais rarement atteints d'affections graves. Et si quelques-uns succombent de bonne heure, combien leur mort est différente de celle des enfants « forts » : ils résistent des semaines et des mois, faisant preuve d'une vitalité qu'on n'eut pas attendue de corps aussi chétifs.

du pylore, deshydratés et souvent cachectiques, y sont moins exposés que les malades des services d'oto-rhino-laryngologie et les becs-de-lièvre, opérés dans de bonnes conditions et non deshydratés. Remarquons une particularité fréquente des nourrissons qui font l'objet d'intervention O.-R.-L. : leur tissu lymphoïde est souvent développé avec excès.

Les gros enfants sont donc, d'après ces affirmations que nous avons recueillies, particulièrement exposés aux accidents de pâleur-hyperthermie.

De tout ceci, nous pouvons conclure que les enfants de bel aspect, les mieux développés physiquement, ne sont pas toujours, malgré les apparences, ceux dont la vitalité est la plus résistante. Atteints de cette même affection dont tel débile guérira, ils succombent parfois. *Ce n'est donc pas à son poids qu'il faut apprécier la vitalité de l'enfant*, et, contrairement à la croyance des mamans ce n'est pas en le « fortifiant » inconsidérément qu'on accroît ses moyens de défense. Et l'on peut, nous l'avons dit déjà, distinguer trois types d'enfants :

1° L'enfant heureusement évolué, de poids moyen, de croissance régulière, aux chairs fermes et au teint rose, type fréquent de l'enfant nourri au sein, dont la vitalité est excellente.

2° Le trop bel enfant, dont l'embonpoint fait l'orgueil des parents, enfant trop lourd, aux tissus trop abondants, masquant souvent un certain degré de rachitisme, habituellement trop ou mal alimenté. Sa résistance est précaire et l'abandonne souvent très vite en face de la maladie.

3° Enfin, l'enfant chétif, exposé à une mort précoce, mais dont la vitalité est souvent telle qu'il peut résister longtemps à ses tares et aux erreurs d'alimentation.

CHAPITRE II

Maladies infectieuses

Le pronostic des maladies infectieuses est, suivant les données classiques, fonction de la virulence de terrain.

Le rôle de la virulence est certain. C'est une propriété éminemment variable pour une espèce microbienne ou un échantillon donné. C'est elle qui, au cours des épidémies, cause l'aggravation progressive des cas. D'une année à l'autre, certains germes, tels que le pneumocoque, subissent des fluctuations considérables de virulence, ainsi que l'a montré NETTER; mais la nature intime de cette propriété nous est inconnue : on peut dire seulement qu'elle traduit l'aptitude du germe à s'implanter dans un organisme et à causer chez lui la maladie.

Le terrain est le facteur qui, avec la virulence détermine l'aspect et le pronostic de la maladie. Pour qu'une maladie infectieuse se développe, le terrain doit être réceptif.

Il existe des réceptivités de race vis-à-vis de certaines infections, telle la pneumonie chez les races primitives, la scarlatine chez les Anglo-Saxons, la spirochétose ictéro-hémorragique chez les jaunes. Les intoxications, la sous-alimentation, le surmenage, les émotions sont également prédisposantes, d'où la vul-

néralité des troupes en campagne, des assiégés, des prisonniers.

Mais, le rôle joué dans l'éclosion des maladies infectieuses par les fluctuations de l'immunité spécifique est encore plus important. Il y a là un fait mis en lumière par les acquisitions de l'immunologie. Nous savons aujourd'hui qu'en face de l'agression microbienne, les réactions individuelles sont infiniment variables. Les manifestations cliniques peuvent être sévères chez les uns, frustes chez d'autres; elles peuvent manquer totalement par suite d'une « immunité de contact » : le microbe manifeste cependant ses propriétés antigéniques, et les anticorps se développent en sa présence. Nous savons, par exemple, qu'en temps d'épidémie, une diarrhée simple peut être une dysentérie bacillaire; on a pu rencontrer le bacille d'Eberth dans le sang de sujets sains, au cours d'épidémies massives de fièvre typhoïde.

Selon l'entrée en jeu plus ou moins efficace de ses mécanismes de défense, selon l'aptitude propre qu'a chacun de nous à produire plus ou moins rapidement des anticorps, chaque sujet réagira au cours d'une épidémie, tantôt par des formes sévères ou mortelles de l'infection, tantôt par une atteinte fruste, tantôt par une infection latente.

Mais, peut-on aller plus loin dans la connaissance du terrain ? Est-il possible de prévoir ces réactions individuelles par le simple examen clinique ? Faut-il être confiant en la robuste constitution de certains sujets ou s'en défier ?

PNEUMONIES ET CONGESTIONS PULMONAIRES

Nous avons particulièrement dirigé notre enquête sur un certain nombre de cas d'affections pulmonai-

res aiguës qu'il nous a été donné d'observer au cours de l'hiver 1934.

Il existe des données classiques concernant le pronostic de la pneumonie. On oppose au pronostic favorable porté en présence d'un adulte sain, celui du taré et du vieillard. Mais, en dehors de ces tares souvent évidentes, il apparaît que la pneumonie affecte une gravité variable selon les sujets. Tout d'abord, elle est plus fréquente chez les sujets classiquement « sanguins » ; en second lieu, si elle se montre le plus souvent curable, c'est cependant chez les sujets de ce type qu'elle peut prendre un caractère particulier de gravité et conduire rapidement à la mort.

Nous avons vérifié le fait au cours de notre service militaire, en donnant nos soins, sous la direction du Médecin-Colonel ROYER, aux malades de l'Hôpital militaire de Verdun.

La pneumonie ayant pris un caractère quasi-épidémique, nous avons pu observer 23 cas en deux mois. L'étude du terrain et des réactions individuelles fut faite avec le minimum de causes d'erreur; il s'agissait, en effet, de sujets qui, avant d'être malades, vivaient dans des conditions identiques. Tous étaient de jeunes soldats de 21 ans, de même pays d'origine, cultivateurs, logés et alimentés de la même façon, soumis aux mêmes manœuvres.

Nous avons constaté que les pneumonies les plus graves étaient le fait d'organismes les plus vigoureux. En outre, certains faits se retrouvent dans presque toutes les observations de formes sévères : l'absence de maladies antérieures chez ces malades; ils ont vécu sans connaître de soucis de santé; leur corpulence massive, leurs muscles vigoureux, leur facies au teint très coloré et aux chairs abondantes; au cours de la maladie, leur regard est vague, comme rêveur, et l'on

note un contraste frappant entre leur euphorie due sans doute à l'absence de phénomènes douloureux et la présence de signes de gravité. Loin de les débiliter, la vie de caserne semblait leur convenir, puisque dans l'ensemble, ces sujets avaient pris plusieurs kilogs depuis leur arrivée.

Nous avons observé aussi chez des hommes de forte corpulence des pneumonies d'évolution bénigne : la bénignité de la maladie nous a parue toutefois être plus habituelle chez les sujets frêles, plus secs. Mais si chez eux le pouls restait bien frappé, la lucidité complète, si les urines restaient assez abondantes, les signes fonctionnels étaient plus intenses, le point de côté plus violent, les signes physiques, le souffle nous ont semblé à plusieurs reprises d'apparition plus précoce.

Nous avons recueilli l'observation d'un jeune soldat assez malingre, aux membres grêles, au visage aminé, au teint pâle mais à l'œil vif, aux mains trop déliées, un « nerveux » qui fit une pneumonie franche du sommet gauche avec des signes fonctionnels intenses, un plateau régulier et un foyer très franc. Sa défervescence se fit au 7^e jour sans incident alors que sa mine alarmait l'entourage (Cf figure) (Obs. VIII).

Outre ces 23 pneumonies franches, nous avons recueilli plus de 50 observations de congestions pulmonaires bâtarde survenues chez des soldats du même régiment. En observant leur aspect, nous avons remarqué la rareté des fortes corpulences. Leurs antécédents n'étaient pas exempts de rhumes, de petites bronchites. Dans les prodromes immédiats, on notait habituellement un amaigrissement notable, contrastant avec l'augmentation du poids des autres. Enfin,



Fig. 3. — VISAGE D'UN PNEUMONIQUE GRAVE.

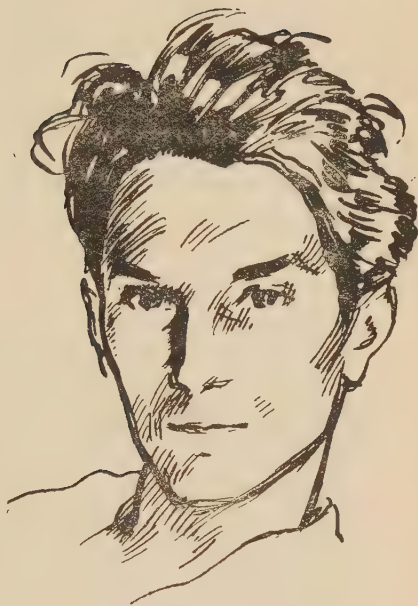


Fig. 4. — VISAGE D'UN PNEUMONIQUE BÉNIN.

La première figure est empruntée au portrait d'un solide campagnard de 21 ans, réputé pour sa vigueur physique et pour son excellente santé. Le corps était massif et robuste, comme le visage. Cet homme étant pris de fièvre, pu faire sans malaise les quelques kilomètres qui le séparaient de l'hôpital. Mais très rapidement les signes d'une pneumonie grave se développèrent, et il mourut au huitième jour. Ces caractères morphologiques et fonctionnels, nous les avons retrouvés souvent dans les infections graves, et le pronostic, dans ces cas, nous a toujours paru devoir être plus réservé que dans ceux où se constatent des signes contraires.

Ainsi le malade de la figure 2, également âgé de 21 ans, de corps plutôt chétif, de visage grêle et osseux, d'embonpoint médiocre. Les yeux à fleur de tête chez le sujet précédent, sont ici enfoncés dans l'orbite. Ce « faible », qu'on aurait cru peu résistant, a fait une pneumonie avec des signes fonctionnels et douloureux intenses, et il a guéri sans complication au septième jour. (Cf obs. VIII, page 30).

quand l'évolution se compliquait, il s'agissait souvent de localisations pleurales.

Il y eut 8 décès par pneumonie au cours de la saison froide. Un chez un cachectique manifestement taré, un autre chez un sujet grand et maigre qui avait eu une pleurésie séro-fibrineuse récente. Les six autres furent observés chez des sujets appartenant à cette catégorie de florides au teint rouge qu'on appelait autrefois des sanguins; ils moururent entre le septième et le dixième jour, hyperthermiques et délirants (cf. figure, obs. IX).

Presque tous nos malades étaient des campagnards des régions de l'Ouest. Faut-il attribuer leur fragilité à ce que, vierges d'atteinte par le pneumocoque, ils n'avaient pu se créer d'« immunité de contact » ? C'est là sans doute un des éléments du problème : on connaît la grande réceptivité au pneumocoque des campagnards et des primitifs. Cependant, d'autres campagnards du même pays ont eu des pneumonies bénignes, ou, dans les mêmes circonstances, ils n'ont eu qu'une simple congestion pulmonaire. Nous constatons que cette bénignité de la pneumonie coïncide avec une moindre floridité, que ces organismes moins réceptifs se rapprochent par leur aspect des sujets de la ville, moins vulnérables au pneumocoque.

Cette opposition n'est d'ailleurs pas nouvelle. Il est notoire qu'au cours des épidémies de grippe, les sujets qui succombent le plus rapidement et en plus grand nombre sont les plus vigoureux physiquement, et leur mort est toujours, pour leur entourage, un sujet de surprise (Cf. observation page 57).

Nous voici donc une seconde fois amenés à constater que l'opposition des « forts » et des « faibles » ne peut être utilisée telle quelle et qu'elle conduit à des conséquences pronostiques bien différentes de celles qu'on eut attendues.

CHAPITRE III

Tuberculose pulmonaire

La présence dans une agglomération d'individus à expectoration riche en bacilles de Kock suffit à contaminer tous les habitants : la cuti-réaction à la tuberculine l'atteste; on sait que constamment négative chez le nourrisson, elle se montre positive dans une proportion de cas d'autant plus forte que les sujets sont plus avancés en âge. Chez l'adulte des cités, cette proportion est de 99 %. C'est l'homme des campagnes isolées, par contre, la cuti reste souvent négative.

La positivité de la réaction, en révélant la présence du bacille dans l'organisme, est le témoin d'une infection passée, mais elle ne donne pas d'indication précise sur l'état actuel du mal. Dans la tuberculose comme dans les autres infections, on observe, en effet, tous les degrés, entre une atteinte grave susceptible d'entraîner la mort et une atteinte si bénigne qu'elle passe inaperçue, ne se traduisant que par des réactions tissulaires et humorales d'immunité.

On admet que lorsque la tuberculose de l'enfant ne détermine pas la mort dans les premières années, elle détermine dans l'organisme un état spécial qui n'est pas une maladie, mais qui n'est pas non plus la guérison complète, c'est l'allergie. Le bacille reste dans les tissus, et à la faveur de certaines influences

anergissantes, il peut reprendre de la virulence et déterminer une reprise de la maladie.

Parmi ces influences anergisantes, on range les facteurs de terrain dont le Professeur SERGENT a souligné l'importance dans un rapport récent (1).

On connaît bien, par exemple, l'influence de la convalescence de certaines maladies infectieuses, du surmenage, de l'encombrement, de certaines professions. Mais ce sont là des conditions de terrain qui n'expliquent pas tout : les convalescents de telle maladie infectieuse ne font pas tous de la tuberculose et, il en est de même des « infections additionnelles ». Les médecins et les infirmières spécialisés dans le soin des tuberculeux, ne deviennent eux-mêmes tuberculeux que dans une faible minorité de cas. Mais on admet qu'il existe, en outre, un facteur de prédisposition qui tient à la constitution native de l'individu, à son tempérament.

Les classiques, depuis HIPPOCRATE, admettaient qu'une certaine conformation constituait un terrain éminemment propice à la phthisie, c'était « l'habitus phthisicus ». C'est le même habitus que nos prédécesseurs appelèrent « prétuberculeux ». Mais on s'aperçut peu à peu, avec les progrès de la clinique, qu'il y avait une part d'inexactitude dans cette conception. De nos jours, on sait que la tuberculose est en effet fréquente chez les sujets qui se rapprochent de cette description classique, mais on a remarqué que, comme l'a dit BURNAND « le B. K. frappe indifféremment les petits et les grands, les gros comme les maigres, les thorax larges et mobiles comme les thorax efflan-

(1) P^r SERGENT et TURPIN. Les facteurs de terrain dans l'infection tuberculeuse. R. au VI^e congrès national de la tuberculose. Avril 1927.

qués, les tempéraments sanguins, comme les complexions anémiques ». Il semble même que les organismes jeunes, à la fleur de l'âge « qui n'ont pas encore acquis d'aptitude à faire de la sclérose, mais dont le système phagocytaire a perdu sa vigilance » selon E. AUBERTIN, soient particulièrement vulnérables.

Il semble donc y avoir une profonde divergence entre les idées classiques sur le rôle du terrain et ce que nous savons aujourd'hui. C'est que les mots n'ont plus le même sens qu'autrefois. « *Habitus phtisicus* » n'est pas tout à fait synonyme d'« *habitus tuberculeux* ». La phtisie était la maladie de langueur, de consommation, et si beaucoup de tuberculeux sont atteints de formes chroniques, fibro-caséuses, il s'en faut de beaucoup que toutes les tuberculoses répondent à ce type. Les recherches entreprises depuis LAENNEC nous ont fait découvrir la granulie et les formes caséuses aiguës qui déterminent souvent une mort rapide, bien éloignée de la lente consommation des Anciens.

Nous nous sommes demandé si ce n'était pas la cause des divergences de vues qui existent entre les auteurs, et il nous paraît qu'on peut répondre par l'affirmative. Les sujets d'*habitus phtisicus* sont bien en effet de nos jours comme par le passé, des malades qui ont fait une tuberculose d'évolution chronique, lentement cachectisante; au contraire, la tuberculose des sujets florides est bien souvent, ou bien une flambée rapidement jugulée, ou, assez fréquemment, une atteinte grave, mortelle en quelques mois, et à ce titre, elle a souvent auprès des phtisiologues une mauvaise réputation.

Si cette explication concilie la position des anciens et des modernes, vis-à-vis du terrain, elle suppose que la tuberculose évolue différemment chez le « faible » et chez le « fort » et c'est bien ce que nous a enseigné

l'observation des faits : la tuberculose, qui peut atteindre tout le monde, reste fréquente, avons-nous dit, chez les sujets d'habitus phthisicus ; mais lorsqu'on les interroge sur leurs antécédents, on retrouve très souvent des incidents suspects remontant à plusieurs années : des congestions pulmonaires, une pleurésie ou une pleurite, une petite hémoptysie vers l'âge de quinze ans. Les causes de contamination prolongée remontent souvent à l'enfance. C'est chez eux que l'on découvre un père, un aïeul tousseurs habituels qui ont habité longtemps avec eux. L'examen radiologique montre des traces de lésions anciennes cicatrisées. Bref, l'interrogatoire et l'examen révèlent des tests de lutte prolongée, et somme toute efficace entre ces organismes chétifs et le bacille de Koch. Si on les suit, on s'aperçoit que leurs poussées évolutives sont peu extensives, limitées par la sclérose, et ont une tendance spontanée à la cicatrisation. Soignés à temps, vivant dans un milieu adéquat, ils atteignent l'âge mûr qui diminue encore leur vulnérabilité ; même incomplètement guéris, il peuvent mener loin une vie qui semble précaire, en infectant leur entourage et leur progéniture.

On voit peu d'évolutions semblables chez les « forts », chez les sujets vigoureux surpris par le bacille de Koch en pleine floridité ; si certains sont capables de juguler rapidement une atteinte, c'est parmi eux que l'on voit des formes extensives où la thérapeutique est débordée. Les exemples d'athlètes superbes fauchés par une forme galopante de la phthisie sont loin d'être exceptionnels : VILLEMIX rapporte des observations nombreuses de tuberculoses rapides chez les soldats de la garde, recrutés parmi les sujets les plus vigoureux. Quelques années avant la guerre, on vit, dans un caserne parisienne de pompiers, hom-

mes jeunes et rompus à la pratique des exercices physiques, une efflorescence de tuberculoses graves. Les formes foudroyantes que font les races primitives, sont à rapprocher de ces faits, tel l'exemple caractéristique des Polynésiens, race superbe, épanouie, mais vierge de bacilles de Kock. Nous-mêmes, en suivant pendant trois ans des malades au sanatorium d'Hautteville, nous avons bien remarqué qu'il ne fallait pas se fier à la mine et que les plus florides n'étaient ni les moins malades, ni ceux qui guérissaient le plus vite. La fréquence de lésions tuberculeuses muettes chez des sujets de belle apparence ne souffrant pas de troubles fonctionnels, a été une des surprises de l'examen radiologique. Depuis que la radioscopie systématique est pratiquée aux armées, des cas de tuberculose extensive ont été décelées, à l'étonnement des médecins eux-mêmes, chez des sujets dont l'aspect floride était trompeur.

Pour rendre concrètes ces remarques, nous ne saurions mieux faire que de rapporter des exemples cliniques. Nous nous contenterons d'opposer deux cas nettement tranchés.

OBSERVATION X

C. J., 21 ans, sujet chétif (figure 5).

A l'âge de 8 ans, couchait dans la même chambre que sa mère qui faisait une évolution tuberculeuse. Vers dix ans, il a des périodes de fièvre à 39° restées inexplicables, néanmoins, sa santé reste très belle jusqu'à l'âge de 16 ans. A cet âge, à la suite d'un échec au baccalauréat, il se sent très fatigué et maigrit. On l'envoie alors au bord de la mer, mais le climat ne lui rend pas ses forces, au contraire, il fait pendant deux jours, sans raison, une poussée de fièvre à 39°, finalement son amaigrissement reprend, il tousse et sa tem-



Fig. 5. — BUSTE DE TUBERCULEUX FIBREUX

C. J., 21 ans. Obs. X. Contaminé dans son enfance, sa mère ayant eu, quand il était âgé de 8 ans, une tuberculose pulmonaire ouverte. Début de la maladie à l'âge de 17 ans. Pendant 2 ans, état sub-fébrile, et obscurcissement du sommet gauche à la radio. Puis quelques B K dans les crachats. A 20 ans, atteinte cortico-pleurale localisée à la région interlobaire gauche. Evolution actuelle vers la guérison fibreuse.

Remarquer l'appplatissement du tronc, l'allongement du thorax, ses déformations sternale et sous-mamelonnaires, l'allongement du cou et du visage, le modelé tourmenté des joues et des orbites, où l'œil est profondément enchassé. Une telle morphologie correspond à une aptitude « à faire de la sclérose », donc à résister au bacille de Koch.



Fig. 6. — BUSTE DE TUBERCULEUX CASÉÉUX.

S..., 35 ans. Obs. XI. — Par sa morphologie, ce sujet s'oppose en tous points au sujet de la figure précédente. Son tronc est massif, son thorax large et épais; le visage est bien en chair. Tout en lui « respire la santé ». Il s'agit pourtant d'un malade atteint d'une tuberculose pulmonaire caséifiante, qui, à l'époque où nous avons fait dessiner ce portrait, avait envahi tout le poumon gauche. Insouciant de la gravité de sa maladie, confiant dans sa belle santé antérieure, le sujet n'accepta pas le pneumothorax artificiel qu'on lui proposait. Il devait succomber six mois plus tard, dans une cachexie rapide, par une extension progressive de ses lésions.

pérature monte chaque soir à 38°; en fin septembre 1928 on l'examine. L'examen clinique et la radiographie montrent que le sommet gauche a été atteint, il sonne mal à la percussion et s'éclaire mal à l'écran, mais l'examen des crachats reste négatif. Le jeune homme se repose chez lui, et l'état général devient bientôt très bon; en 1930, malgré une persistance de l'ombre du sommet, on permet la reprise du travail. Pendant les trois ans qui suivent, on surveille régulièrement le sommet suspect, mais rien ne se manifeste localement. On note par contre, quelques troubles mentaux fugaces. En janvier 1933, la température vespérale reprend, et cette fois on trouve des B. K. dans les crachats. Les signes locaux restent bien localisés et sans image cavitaires; en janvier 1934, les signes pulmonaires s'accroissent et apparaissent des troubles mentaux plus sérieux. L'examen clinique et la radiographie montrent des séquelles assez discrètes du sommet gauche, sous forme de travées fibreuses et une bande d'obscurité périscissurale du même côté. L'état général est relativement conservé, en tenant compte de la corpulence relativement faible du sujet. En effet, c'est un tempérament grêle et sec comme notre figure le montre mieux que toute description.

OBSERVATION XI

S..., 35 ans, homme robuste de taille moyenne, de fort embonpoint, tronc vaste et épais, caractère insouciant.

Consulte le Docteur CORMAN, en 1933, pour la laryngite, et pour une fatigue insolite chez cet homme résistant, avec un peu d'amaigrissement. L'examen révèle l'existence d'une tuberculose pulmonaire unilatérale, localisée à la moitié supérieure du poumon droit. On engage S... à se faire faire un pneumothorax, mais confiant en sa robuste constitution, en son passé vierge de maladie, et ne se sentant pas très malade, il refuse, et après quelques jours de repos, il reprend son travail. En mars



**Fig. 7. — VISAGE D'UNE JEUNE FILLE ATTEINTE DE TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE**

Ce dessin a été publié par CORMAN et ALBEAUX-FERNET dans un article sur les Trois types Lymphatiques (*Semaine des Hôpitaux*, 15 avril 1934), comme représentant fidèlement les traits qu'on observe souvent chez les tuberculeux chroniques. C'est le classique *habitus phtisicus* qui réalise une prédisposition certaine à la tuberculose. Mais, comme les auteurs de l'article précédent le font remarquer, de tels sujets sont à la fois réceptifs et résistants. Et leur résistance se traduit par la tendance de leurs lésions pulmonaires à se cicatriser au moins en partie, en se sclérosant. Au point de vue morphologique, noter la saillie des pommettes et le profil fort développé du nez, en correspondance avec la forme plate du thorax, comme chez le sujet de la figure 5.

1934, soit six mois après le début, il consulte de nouveau, sa tuberculose est bilatérale, la température oscille et monte à 40°, l'état général décline rapidement et il meurt en avril 1934, presque sans agonie. (Fig. 6).

Pour conclure, notons que le floride, même habitant des villes se comporte parfois comme un sujet vierge de tuberculose; s'il a conservé l'épanouissement des formes des races indemnes, il n'a pas acquis le pouvoir de défense efficace des citadins plus chétifs. Ces derniers luttent et circonscrivent leurs lésions en les sclérosant, en les rétractant et survivent longtemps, leurs atteintes antérieures ayant développé dans leur organisme un pouvoir de lutte qui se manifeste dans l'aptitude à la sclérose, aux processus cicatriciels, mais qui réagit sur tout l'organisme en lui imprimant une orientation nouvelle. Chez ces deux types, on constate en effet un certain parallélisme entre les réactions de défense et l'aspect général. Toutefois, cette question des facteurs constitutionnels dans la tuberculose est trop complexe pour que nous prétendions la résoudre par la simple opposition du « fort » et du « faible ». D'ailleurs, rien ne nous prouve que ces différences de l'habitus extérieur préexistent à la contamination bacillaire. Il est fort possible qu'elles représentent des modes différents de réaction de l'organisme, et en particulier il nous paraît qu'on peut, à titre d'hypothèse de travail, admettre avec CORMAN « que l'*habitus phthisicus* représente moins un état de prédisposition que le résultat de l'influence morphogénétique des poisons bacillaires sur un tempérament qui résiste à leur action. » (1).

(1) CORMAN et ALBEAUX-FERNET. — Les trois types lymphatiques, *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 avril 1934.

CHAPITRE IV

Les affections syphilitiques

Pour la syphilis comme pour la tuberculose, il semble que ce sont les facteurs de terrain qui commandent pour la plus grande part les localisations du tréponème, et la gravité des lésions qu'il détermine.

Ici encore, on a voulu rapporter aux propriétés particulières du germe, la variété des affections observées.

A. MARIE et LEVADITI soulignent cet espèce d'antagonisme qu'on observe entre les localisations cutanéomuqueuses de la période secondaire, et les atteintes viscérales tertiaires, celle de l'aorte, par exemple, et surtout celles des centres nerveux — ont pensé qu'il s'agissait de tréponèmes différents, les uns dermatropes, les autres viscéro ou neuro-tropes. Mais cette hypothèse n'a jamais reçu de sérieuse confirmation, et l'on est beaucoup plus porté aujourd'hui, avec SÉZARY, à apporter les variations observées au terrain.

Dans sa thèse de la constitution physique des paralytiques généraux, CORMAN a montré que, de ce point de vue, le mot terrain a deux sens.

Tantôt, il s'agit de cette réceptivité spéciale de certains organes de l'économie, offrant aux germes un terrain de culture privilégié pour le spirochète.

Examinant cette première acception du mot « terrain », CORMAN écrit :

« Mais si cette conception fait voir comment se
« comporte le spirochète lorsqu'il a envahi le cer-
« veau, elle ne résout nullement un des points les plus
« importants du débat, à savoir, à la faveur de quelle
« cause cet envahissement se produit chez certains
« syphilitiques et ne se produit pas chez les autres.
« Ce point, la distinction des deux virus proposée
« par A. MARIE et LEVADITI se faisait fort de le ren-
« dre clair. Mais si, avec SÉZARY, on se refuse à ac-
« cepter l'hypothèse du virus neurotrope, il faut
« nécessairement chercher dans les propriétés parti-
« culières des organismes atteints par la paraly-
« sie générale, les raisons de la localisation nerveuse
« du spirochète. Ici intervient à nouveau le « ter-
« rain », mais dans sa seconde affection, celle qui éta-
« blit des différences, non plus entre les organes
« d'une même économie, mais entre les organismes
« d'un groupe d'individus. Rechercher si ces différen-
« ces individuelles sont susceptibles d'expliquer pour-
« quoi la paralysie générale frappe certains syphili-
« tiques, et épargne les autres, c'est étudier les *fac-*
« *teurs de prédisposition* à cette maladie. Ils sont de
« deux ordres. Les uns sont accidentels, en ce sens
« qu'ils tiennent à des modifications temporaires de
« la santé sous des influences diverses : surmenage
« physique ou moral, excès alcooliques, etc. Les au-
« tres sont constitutionnels, l'individu les apporte en
« naissant, ils se développent avec les années, ils ca-
« ractérisent en lui un type humain particulier, ils
« représentent son *tempérament* ou sa *constitution*.
« Le rôle de ces facteurs de prédisposition paraît
« très important à SÉZARY, et cet auteur exprime très
« nettement l'opinion que si la syphilis nerveuse ne

« frappe pas avec la même force tous les syphilitiques, cela ne peut tenir qu'à l'inégalité des réactions défensives de leurs organismes. »

C'est dans sa seconde acception que nous entendons le mot terrain. Et sans limiter le problème à la seule syphilis nerveuse, nous allons nous demander s'il n'est pas possible de fonder sur le tempérament le pronostic d'une syphilis.

DUJARDIN et DECAMP ont répondu oui à cette question, et par leur méthode des intradermo-réactions à la pallidine, ils ont pu mettre en évidence le degré d'allergie de chaque syphilitique. Selon ces auteurs, tout malade qui est dans un état allergique marqué, avec hypersensibilité tissulaire, tirera des bons effets du traitement et guérira. Au contraire, tout malade chez qui l'intra-dermo est négative, montrant un état d'anallergie, même s'il ne présente pas d'accidents secundo-tertiaires, même si le B. W. est négatif, ce malade ne guérira pas et sera exposé aux accidents nerveux.

En dehors de ces tests biologiques d'immunité, est-il possible de dépister cliniquement les tempéraments réceptifs et les tempéraments réfractaires ? Nous appuyant sur les travaux publiés par CORMAN, et sur les documents encore inédits que ce médecin a bien voulu nous communiquer, nous osons répondre par l'affirmative. Car ici encore, on retrouve l'opposition des « forts » et des « faibles » et avec la même signification que dans les chapitres précédents.

Tout d'abord, il ne semble pas que certains types humains soient plus exposés que les autres à contracter la maladie. Lorsqu'on observe, comme l'a fait CORMAN dans une consultation neurologique, une centaine de sujets dont les accidents primaires et les réactions biologiques ne laissent pas de place au dou-

te, on constate que toutes les variétés typologiques sont présentes en nombre à peu près égal. Nous avons fait après BURNAND, rappelons-le ici, la même remarque au sujet des malades de sanatorium.

Mais lorsqu'on examine des sujets atteints de syphilis graves, par exemple, ceux qui ont une localisation aortique ou cérébrale, on constate un ensemble de caractères très particuliers.

Voici, par exemple, l'observation d'un homme de 50 ans, atteint d'aortite syphilitique :

OBSERVATION XII

Marcel P..., industriel, âgé de 50 ans, se plaint d'une sensation douloureuse rétro-sternale, intermittente, mais très pénible. Il a aussi des palpitations et de la dyspnée d'effort. A l'examen, signes d'aortite sans insuffisance aortique, un certain degré d'hypertrophie ventriculaire gauche. Tension au Vasquez : 22/10. Légère albuminurie. Urée sanguine normale (0 gr. 40). C'est un homme de carrure athlétique, pourvu d'un bon embonpoint. Il a mené une existence laborieuse sans jamais se plaindre de fatigue, et il se vante de n'avoir jamais eu besoin de conseils médicaux. Interrogé sur sa syphilis, il déclare ne pas l'avoir contractée, mais avoir eu à l'âge de 27 ans, un bouton sur la verge, lequel a guéri par l'application d'une pommade. Comme il n'a eu depuis aucun trouble, il ne s'est jamais inquiété. La syphilis est pourtant bien en cause, car le B. W. est positif dans le sang.

Voici une autre observation, extraite de la thèse de CORMAN, concernant une paralytique générale :

OBSERVATION XIII

Germaine Mor..., ménagère, âgée de 30 ans, est internée en avril 1931, parce qu'elle présente un affaiblissement de l'intelligence et des troubles du caractère qui vont en s'aggravant. A plusieurs reprises, en conversant avec le mari, elle s'est arrêtée brusquement de parler, sans avoir elle-même conscience de cet arrêt (ébauche d'ictus).

A l'examen, approbativité, miaiserie des propos. Bien qu'elle pleure facilement, la malade n'est pas triste. Son visage est atone, il exprime plus d'indifférence fatiguée que de tristesse. Dysarthrie aux mots d'épreuve. Pupilles réagissant faiblement à la lumière. Réactions très positives dans le liquide céphalo-rachidien.

Cette jeune femme a toujours été très bien portante. Elle avait un gros appétit. Elle est d'ailleurs d'une forte corpulence et de teint coloré : taille, 1 m. 60 ; poids, 75 kilos. C'est d'ailleurs la règle dans sa famille. La mère, une sœur et un frère de la malade atteignent ou dépassent 100 kilos.

Il est impossible de mettre en évidence le début de la syphilis. Il y a simplement, à 20 ans, une fausse-couche de six semaines (figure 8).

Cette seconde observation est prise au milieu d'un grand nombre qui font l'objet de la thèse de CORMAN. Après BAYLE, cet auteur a relevé la fréquence du « type sanguin » des Anciens, chez les paralytiques généraux, dont la maladie prend le type de la démence simple ou de la démence avec délire de grandeur. La proportion de ce type de tempérament atteindrait 75 %.

Ce que nous voudrions faire remarquer, comme s'attachant très étroitement à l'objet de notre étude,

c'est l'absence presque complète d'accidents morbides dans le passé de cette sorte de malades, aussi bien dans les aortiques que les paralytiques. Si vraiment la seule persistance des tréponèmes dans les tissus suffisait à rendre compte de ces localisations graves, on devrait, à partir de l'accident initial, noter toute une série de manifestations morbides qui traduiraient la persistance de germes virulents dans l'organisme. Tous les efforts thérapeutiques devraient se montrer impuissant contre ces manifestations. Et les localisations viscérales devraient apparaître comme le terme d'une évolution progressive de la maladie.

Mais on n'observe rien de tout cela. Certes, l'accident primaire a existé. Chez l'homme, on le retrouve par l'interrogatoire sous la forme d'un simple bouton que le sujet déclare avoir disparu sans traitement spécial. Chez la femme, il passe fréquemment inaperçu. Mais il n'y a pas de manifestations secondaires ni tertiaires. Et si les sujets présentant des localisations viscérales ou nerveuses nient le plus souvent avoir eu la syphilis, c'est de bonne foi : ils en ont si peu souffert. Quelques-uns, il est vrai, se sont inquiétés un peu plus. Un examen a été pratiqué : résultat positif. On a prescrit un traitement énergique qu'ils ont tout d'abord suivi régulièrement. Mais, après quelques mois, comme ils n'éprouvaient aucun trouble, ils ont cessé de se faire soigner.

Et dix, quinze ans après, apparaissent les accidents sérieux dont nous avons parlé.

Devant de tels faits, on allègue l'insuffisance du traitement. Il est vrai qu'elle joue un rôle. Mais ne voit-on pas qu'il y a à cette insuffisance de traitement une raison décisive : la latence de la maladie, le peu de virulence apparente du spirochète.

Nous pensons, avec quelques auteurs, que l'absence de lésions cutané-muqueuses, loin de procéder d'un tropisme spécial du germe pour les viscères, est au contraire, dû à une insuffisance des réactions défensives de la peau. Le spirochète semble traverser le tégument sans y être aucunement arrêté. Il colonise donc dans les viscères. Mais sa présence dans les organes ne se révèle pas tout de suite. Et là, encore, nous pensons avec CORMAN qu'il faut l'expliquer par les réactions défensives insuffisantes des parenchymes et de leurs séreuses.

Qu'il s'agisse d'une infection pulmonaire (chap. II), d'une tuberculose (chap. III) ou de la syphilis, il semble bien que le même processus de défense soit en cause. Chez les uns — ce sont les « forts », de structure physique épanouie — la maladie tend à se traduire très tard, par des manifestations graves. Chez les autres — ce sont les « faibles », de structure physique grêle — elle se manifeste dès son début, par des signes bruyants, mais elle demeure bénigne, et, en tous cas, accessible au traitement.

Il serait intéressant d'étudier selon ce point de vue les principales localisations de la syphilis. Le cadre de notre travail ne nous permet pas de les envisager toutes.

Mais nous voulons dire quelques mots de l'opposition établie par CORMAN entre les tabétiques et les paralytiques généraux.

Quelques auteurs de langue allemande ont montré que le tabétique appartenait souvent à un type morphologique grêle et sec. CORMAN a vérifié cette affirmation et il a constaté que, autant le type « fort » est fréquent chez les paralytiques, autant il est rare chez les tabétiques.

Or, si ces deux malades représentent bien une loca-

lisation du spirochète sur le système nerveux, elles n'en sont pas moins très différentes, et par leurs symptômes et par leur pronostic. Alors que la paralysie générale qui comporte une lésion étendue du cerveau est indolente et conduit rapidement à la mort dans beaucoup de cas, par contre le tabès, lié à une sclérose des cordons postérieurs de la moelle, se traduit par des douleurs très vives, et ne met qu'exceptionnellement la vie en danger.

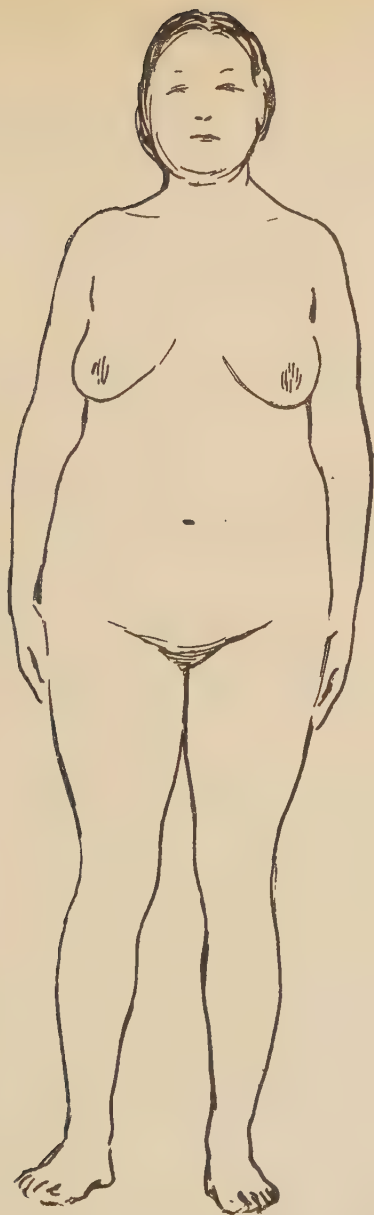


Fig. 8. — FEMME ATTEINTE DE PARALYSIE GÉNÉRALE.

Cette femme n'a eu pendant de nombreuses années aucune manifestation clinique de syphilis : aucune manifestation cutanée, aucun trouble général n'en ont signalé l'existence, et cependant, il se constituait en silence, sans aucune réaction de l'organisme, des lésions profondes et graves de méningo-encéphalite diffuse. On remarquera la structure robuste du corps et l'épanouissement des formes, caractères qui, selon CORMAN, sont l'apanage de la plupart des paralytiques généraux. (Observ. XIII).

CHAPITRE V

En milieu chirurgical

S'il est un domaine où la résistance du terrain est importante à connaître, c'est bien celui de la chirurgie.

Car si l'on peut faire un reproche au médecin de n'avoir pas su prévoir l'issue d'une maladie, la responsabilité du chirurgien semble plus engagée encore, car, par son acte opératoire, il influence plus directement l'avenir du malade.

Aussi s'est-t-on efforcé de préciser les signes qui indiquent un défaut de résistance du malade, et font craindre des suites opératoires fâcheuses.

On insiste à bon droit sur l'importance des tares viscérales : les affections cardiaques, les affections rénales, par exemple. Certaines analyses — tel le dosage de l'urée sanguine — sont devenues d'une pratique courante. On s'abstient quand le fonctionnement de ces organes essentiels à la vie, ne paraît pas suffisamment bon pour résister au choc opératoire.

Mais, en dehors de ces conditions locales bien précisées, il existe des conditions générales de tempérament que les vieux cliniciens ont, depuis longtemps, signalées.

Il est bien connu que l'embonpoint, même lorsqu'il s'allie à une santé florissante, est une condition défa-

vorable. Les hernieux, qui sont souvent obèses, sont particulièrement exposés à une mort rapide par embolie ou par syncope. Lorsqu'une affection d'ordre chirurgical met en danger l'existence du sujet, il est bien naturel qu'on tente l'opération. Mais lorsque l'urgence opératoire est moindre, le chirurgien fera bien de peser les avantages et les inconvénients de son intervention.

Nous avons observé récemment le cas d'un homme de 60 ans, d'une très bonne santé habituelle, de haute taille et de haute corpulence, et destiné, semblait-il, à vivre encore de longues années. Quelques troubles de la miction l'ayant conduit à consulter un spécialiste, celui-ci constate une hypertrophie de la prostate et déclare qu'il faut intervenir. On pratique tous les examens d'usage — analyse d'urines, dosage de l'urée, constante d'Ambard — lesquels montrent l'excellent état fonctionnel des reins. On se décide à pratiquer l'anesthésie générale à l'éther. Aux premières bouffées de l'anesthésique, le sujet fait une syncope blanche et meurt. Le chirurgien gardera longtemps présente à la mémoire, la stupeur indignée de la famille, qui attendait, dans une pièce voisine, la fin de l'intervention.

De telles éventualités, si fâcheuses pour la réputation du chirurgien, s'il n'en a pas, à l'avance, signalé la possibilité, ne sont pas très rares. Dans les documents que nous avons réunis au chapitre VI sur les morts rapides ou subites, elles figurent bien pour 10 % des cas (1).

La mort ne survient pas toujours aussi soudaine-

(1) Nous devons une partie de ces documents recueillis en milieu chirurgical, à l'obligeance du Docteur BARRANGER, chirurgien du Mans.

ment, mais elle est à craindre encore — chez tous les sujets de forte corpulence — dans les suites opératoires. Elle est presque toujours le fait d'une défaillance cardiaque brusque. Et rien n'est plus singulier que de voir des sujets au cœur souvent bien développé, qui faisaient montre, à l'ordinaire, d'une activité très grande, présenter un si brusque relâchement de tonicité de leur fibre cardiaque.

Il est une autre particularité qui mérite aussi d'être signalée chez les malades de ce type : c'est le contraste fréquent entre la gravité des troubles et le peu de signes subjectifs, en particulier la faible importance de la douleur.

Surtout fréquents sont, chez les « forts », les accidents abdominaux tels que occlusions, péritonites aiguës, hernies étranglées; la douleur est souvent sourde, de siège imprécis. L'état général ne semble pas altéré au début. L'examen est rendu difficile par l'embonpoint. Tout concourt à retarder l'acte opératoire, ou à rendre sa réalisation plus difficile. Quand on ajoute à cela les difficultés de l'anesthésie, la fréquence des complications pulmonaires ou cardiaques dans les suites opératoires, on comprend que les malades de ce type grèvent lourdement les statistiques de mortalité.

Disons encore que les gros cancers longtemps latents sont particulièrement fréquents chez les organismes de ce type.

Par contre, il est bien connu que les sujets de faible corpulence sont pour le chirurgien de « bons » sujets. Il faut, bien entendu, que cette corpulence soit habituelle, et non qu'elle soit le résultat d'un amaigrissement récent.

Dans ce domaine comme dans les autres, les sujets de type « faible » offrent des terrains plus résistants

que les « forts ». Nous donnerons l'exemple des ulcéreux gastriques qui, selon ce qu'affirment CAROLI et CORMAN dans un travail encore inédit, sont pour la plupart de corps maigre et sec. Il est bien connu qu'ils résistent bien au choc opératoire.

CHAPITRE VI

Mort subite, corpulence et longévité

Dans les chapitres qui précèdent, nous avons montré que les sujets de forte corpulence montrent souvent dans la maladie une fragilité déconcertante. Au cours d'une épidémie, par exemple, non seulement ils succombent en plus grand nombre que les sujets maingres, mais encore on est frappé de la rapidité avec laquelle la maladie a raison de leur « fort tempérament ».

Ce problème des morts rapides rejoint celui non moins intéressant de la mort subite. On voit des sujets qui offrent l'apparence d'une très belle santé mourir subitement. L'entourage est à ce point surpris que, souvent, la mort paraît suspecte; on demande l'intervention du médecin légiste. Celui-ci aura à dire si la mort a été le fait d'une cause naturelle ou s'il y a eu crime.

En pratiquant l'autopsie, il cherchera une lésion susceptible d'expliquer cette mort. Le plus souvent, c'est soit une lésion cérébrale, soit une lésion du cœur, soit les signes d'une infection « ambulatoire », typhoïde ou méningite cérébro-spinale par exemple. Si l'on trouve une cause aussi évidente, le problème est simple, quoique l'on puisse se demander pourquoi telle lésion, qui chez d'autres déclanche une maladie,

est restée sans manifestation clinique jusqu'à ce que la mort subite vienne la révéler.

Les cas où l'on ne trouve aucune lésion posent un problème encore plus difficile, et on invoque parfois pour les expliquer un mécanisme d'inhibition, mais, dans les deux éventualités, il y a une particularité qui reste inexplicable, c'est qu'une telle mort puisse survenir chez des sujets qui menaient, la veille encore, une vie active et exempte de trouble morbide, et dont l'apparence extérieure pouvait faire croire à une bonne santé.

S'il ne s'agissait là que de faits isolés, il n'y aurait pas lieu de s'y attarder, mais ce n'est pas le cas : la mort subite frappe plus souvent dans les rangs des sujets florides que dans ceux des malingres. Bien que les médecins légistes n'aient pas eu leur attention retenue par cette considération de l'habitus extérieur, il arrive toutefois qu'ils consignent dans leur rapport l'aspect du cadavre, et lorsqu'ils le font, ils notent d'ordinaire la forte corpulence et la vigueur musculaire; c'est un fait que nous avons constaté en consultant nombre de documents sur la mort subite. Fait-on d'autre part une enquête sur l'existence du sujet durant les jours qui ont précédé la mort, on apprend qu'il avait montré une activité normale.

Avec CORMAN, nous avons réuni quatre-vingts observations de morts inopinées, soit subites, soit très rapides. Parmi ces cas, les uns ont été observés par nous, les autres ont été recueillis par une enquête auprès des médecins ou auprès de familles où de telles morts se sont produites. Comme nous ne cherchons que des données grossières, l'état de santé habituelle, la corpulence, la rapidité du décès, nos enquêtes comportent peu de chances d'erreur.

Beaucoup d'observations semblent calquées les unes

sur les autres, aussi nous bornerons-nous à extraire de nos documents les quelques faits suivants :

OBSERVATION XIV

M. Mig..., employé de commerce, 56 ans, de haute taille et de corpulence athlétique, d'une excellente santé habituelle, de fort appétit, part le matin à son travail. Dans les couloirs du métro, il s'affaisse brusquement, le médecin diagnostique une hémorragie cérébrale et ordonne le transport à l'hôpital. Le décès survient pendant le trajet.

OBSERVATION XV

M. Si..., médecin, 58 ans, homme robuste et bien portant, de forte corpulence, s'éveille un matin en proie à une vive douleur précordiale et a l'impression qu'il va mourir ; le temps qu'on téléphone à un confrère et il succombe, vraisemblablement à une crise d'angine de poitrine. Il avait eu, un mois auparavant, une crise de même genre, mais moins accusée, à l'occasion de laquelle on avait constaté l'hypertrophie cardiaque et on lui avait conseillé de se reposer.

Il est, en effet, bien connu que la mort subite par le cerveau ou par le cœur est la plus fréquente. A ce point même qu'en l'absence de preuves certaines, la famille rapporte presque toujours le décès subit à une « attaque », soit à une « embolie ». La remarque n'est pas nouvelle et MORGAGNI avait déjà insisté sur la fréquence avec laquelle il observait le « cor bovinum » dans ses autopsies.

La mort subite est fréquente aussi dans certaines infections, particulièrement les infections pulmonaires, en voici une observation démonstrative :

OBSERVATION XVI

M. B..., employé, 30 ans, n'avait jamais eu un jour de maladie quand survint l'épidémie de grippe de 1919. Il se vantait souvent de sa force musculaire et de sa belle santé et riait des précautions qu'on prenait dans sa famille contre l'épidémie. Un soir, rentrant de son travail un peu fatigué, contrairement à son habitude, dans la rue il est pris d'une suffocation, pâlit soudain et meurt en quelques minutes.

Une telle éventualité est loin d'être rare. Elle peut se produire dans toutes les maladies infectieuses. On l'a signalée notamment dans la forme dite ambulatoire de la fièvre typhoïde, de la méningite cérébro-spinale. Très souvent ici, la mort n'est pas à proprement parler subite, mais très rapide et sans agonie. De tels faits de morts rapides dont nous allons relater quelques observations, sont à rapprocher, selon nous, des faits précédents.

OBSERVATION XVII

M. H..., 65 ans, homme très solide d'aspect et très actif. Aucun antécédent pathologique notable : sa santé et sa jeunesse d'allure étaient remarquées. Le 3 mai 1932, il se couche fatigué, un peu abattu. Le lendemain matin, au réveil, se croit enrhumé. On lui met un sinapisme. Il veut se lever, mais pris de dyspnée, il se recouche et meurt, en trois heures, d'oedème aigu du poumon.

OBSERVATION XVIII

Mme R..., 38 ans, grande et robuste femme épanouie, paraissant 30 ans, fournissant un travail quotidien très

dur, et semblant infatigable. Son entrain sans défaillance était remarqué. Jamais elle n'avait été malade. Le 1^{er} mars 1933, elle se sent lasse le soir et souffre d'une légère dysphagie. Le 5, on diagnostique un phlegmon de l'amygdale et comme la fièvre est très élevée et que la malade est très abattue, elle entre à l'hôpital.

Elle meurt dans la nuit du dixième jour de maladie. On dit à la famille qu'il s'agissait d'un phlegmon de la gorge à forme toxique.

Cette femme douée d'un « heureux tempérament », semblant inaccessible à la fatigue et à la maladie, succombe à une angine à début banal.

OBSERVATION XIX

M. M..., 28 ans, industriel, homme de taille moyenne mais de carrure athlétique. Santé sans accroc, très sportif et très actif, meurt en quatre jours de la grippe au cours de l'épidémie de l'hiver 1932-1933 (observation transmise par le Docteur LEFRANÇAIS, de Charleville).

Très étroitement apparentés aux faits précédents sont ceux où la maladie qui provoque la mort rapide était connue et même soignée, mais où rien, dans la conduite et dans l'apparence du sujet, ne permettait de prévoir une fin si soudaine.

OBSERVATION XX

M. G..., 53 ans, architecte, meurt subitement dans une banque parisienne. Homme de stature élevée (1 m. 80), assez fort, le visage floride, l'œil un peu exorbité. Il menait une vie très active, surveillait lui-même ses travaux, montait des étages sans ressentir d'essouf-

flement et pourtant, nous avons appris que dix ans plus tôt, on avait remarqué l'existence de signes légers d'aortite, et trois mois avant sa mort, il avait eu un accès d'œdème subaigu du poumon. Examiné à cette occasion et radiographié, son médecin avait découvert une énorme dilatation du cœur et avait jugé bon d'avertir la femme de la gravité du pronostic. Mais lui, n'écoulant personne, ne ressentant pas de malaise, parfaitement inconscient de son état, il avait repris ses affaires (observation transmise par M. J. DELORT, interne des hôpitaux de Paris).

Ces exemples illustrent les résultats de l'analyse d'ensemble de nos documents. Dans les antécédents pathologiques, nous avons relevé que 80 % des sujets se considéraient et étaient considérés par leur entourage comme en excellente santé. Beaucoup même étaient d'une activité débordante, comme il est indiqué dans plusieurs des présentes observations. Bon nombre commettaient, sans apparent dommage, des excès, qu'il s'agisse d'excès de travail ou de boisson. Les sujets maladifs ne dépassent pas 20 % et, le plus souvent, leur mort, quoique rapide, n'est que la terminaison brusque d'une longue maladie connue et diagnostiquée.

Le deuxième point montré par l'analyse des documents est relatif à la corpulence des sujets, morts soudainement : 65 % étaient de corpulence forte ou très forte, 25 % de corpulence moyenne, 10 % de corpulence faible.

Devant ces résultats, nous ne saurions souscrire à l'admiration qu'on témoigne parfois en présence de cette « étonnante faculté d'adaptation » de la nature, qui permet à certains sujet « favorisés » de conserver jusqu'à la veille d'une mort subite, les possibilités et l'aspect que donne une bonne santé, et ceci

malgré une lésion parfois importante. On ne peut pas parler d'adaptation, puisque le résultat final est une mort prématurée, et on ne peut non plus parler de bonne santé si nous entendons par là l'état qui permet une longue existence. Les sujets de santé florissante et de bel embonpoint ne sont donc pas toujours ceux dont la vitalité est la plus sûre ni la plus durable.

La vieillesse est l'apanage des maigres. Les statistiques d'assurances sur la vie donnent une preuve éloquente de ce fait. Nous avons consulté celles d'une compagnie dont l'expérience ancienne fait autorité (1). Elles reposent sur l'étude de 400.000 cas et sont destinées à préciser les facteurs qui font varier les risques de l'assureur. Elles servent de base pour établir le taux de la prime annuelle selon l'état de santé de l'assuré.

Nous voyons dans le graphique ci-contre figurer l'embonpoint comme un facteur de mortalité dont l'importance se compare à celle de la tuberculose et de l'hypertension.

Le texte explique que « les personnes d'âge moyen et d'âge avancé qui accusent un poids sensiblement supérieur à la normale, doivent être considérées comme « risques aggravés... une légère insuffisance de poids diminue le risque chez les sujets d'âge moyen ou avancé. »

Au contraire, tant que les sujets sont encore en âge de grandir « un poids inférieur à la moyenne aggrave le risque. »

Rapprochons ces conclusions de celles de T. CLARK, E. SYDENSTRICKER et de S. P. COLLINS (Body Weight and longevity P. H. Rep. T. 38, 1923, p. 1271). Au-

(1) Nous devons ces documents à l'amabilité de M. Bosc-Bierne, Inspecteur général de la Société Franco-Suisse d'Assurance générale sur la vie, à Zurich.



Cette courbe schématique, sans valeur statistique stricte, a été établie dans un but didactique. Elle souligne l'importance du facteur poids dans l'appréciation du risque, en comparant son action sur la mortalité, à celle de la tuberculose et de l'hypertension.

dessus de trente ans, un poids inférieur à la moyenne est une condition de longévité. Une supériorité de poids de 20 % entraîne un accroissement de mortalité de 40 %, une élévation de poids de 40 % détermine une augmentation de mortalité de 80 %.

De l'ensemble de ces documents, nous concluons que si un certain embonpoint est favorable chez tout être à la période de croissance : l'enfant, l'adolescent, et l'adulte jeune, ainsi que la femme à l'âge de la fécondité, après 35 ans, un poids supérieur à la normale constitue un facteur de moindre résistance et diminue les chances de longévité du sujet.



Fig. 9. — TYPE HYPO-EXCITABLE DILATÉ, TYPE « FORT ».

Par sa morphologie et par ses fonctions, ce type de tempérament s'oppose à l'hyperexcitable rétracté (fig. 10).

La « dilatation » porte sur tous les tissus, du squelette à la peau. Les os sont épais, les muscles volumineux, les cavités viscérales spacieuses, l'embonpoint important. Le tronc prédomine sur les membres. Le cou est large et court. Le visage est « épanoui ». Le modelé de toutes les parties est arrondi et uniforme.

Toutes les fonctions s'accomplissent avec facilité. La croissance est rapide et régulière. La nutrition est excellente. De tels sujets ignorent la fatigue, et ils peuvent impunément se livrer à tous les excès.

Et cependant, malgré cette belle apparence, l'immunité à la maladie ne dure pas toujours. Et, lorsqu'ils sont touchés, les sujets de ce type succombent d'ordinaire avec une rapidité déconcertante. Fréquentes sont chez eux les morts par infection, par maladie du cœur, par lésion cérébrale, et même la mort subite.

Chez eux, selon CORMAN, la « lésion déborde l'irritation ».



Fig. 10. — TYPE HYPEREXCITABLE RÉTRACTÉ, type « faible ».

Il s'oppose en tous points au précédent.

La « rétraction » est générale; elle amenuise toutes les parties du corps. Les os sont minces, les muscles grêles, les cavités viscérales réduites, l'embonpoint médiocre. Les membres prédominent sur le tronc. Le cou est long et grêle. Le visage est aminci. Le modelé de toutes les parties est fait de facettes, de creux et de méplats; c'est un modelé très différencié.

Leurs fonctions sont irrégulières. Le moindre écart de régime, le moindre excès sont aussitôt sanctionnés par des troubles douloureux. Ils sont toujours souffrants et on croirait à les entendre que leur vitalité est médiocre.

Et pourtant, ils font rarement de graves maladies. Les actions nocives « lèchent les organes sans les mordre », et leur sensibilité les met à l'abri des lésions dangereuses. Aussi vivent-ils vieux. Chez eux « l'irritation déborde la lésion ».

DEUXIÈME PARTIE

Une Conception Morpho-physiologique
du tempérament

CHAPITRE PREMIER

Préambule

Dans la première partie de notre travail, nous nous sommes demandés s'il était possible de trouver dans le tempérament individuel un des facteurs qui déterminent l'évolution d'une maladie, c'est-à-dire son pronostic.

Parti de cette distinction très simple, basée sur l'aspect extérieur, entre les « forts » et les « faibles », nous avons examiné quelle était dans la maladie, la tenue de chacun de ces types d'organisme.

Dans le domaine de la pédiatrie, nous avons constaté que les enfants de la plus belle mine ne sont pas toujours les plus résistants, contrairement à ce que l'on serait tenté de croire. Nous avons vu que ce fait était particulièrement net, en cas d'épidémie, et nous en avons donné des exemples en rapportant quelques observations de broncho-pneumonie. Par ailleurs, il semble bien que la mort rapide ou subite soit surtout fréquente chez les enfants de forte corpulence, et ce sont ces mêmes enfants qui sont les plus exposés aux accidents de pâleur-hyperthermie.

Dans le domaine des maladies infectieuses, l'étude que nous avons faite en observant 75 cas de pneumonies et de congestions pulmonaires, nous a montré une opposition nette, la vulnérabilité de tels solides

paysans de l'ouest, musclés et sanguins, vis-à-vis du pneumocoque, entraînant chez eux une mortalité importante, et, d'autre part, l'immunité relative dont jouissaient des sujets plus grêles coïncidant avec l'intensité plus grande des manifestations fonctionnelles.

Dans le domaine de la tuberculose, nous avons pu, en nous appuyant sur plusieurs observations, formuler une hypothèse de travail où nous opposons la tuberculose relativement rare, mais irrésistiblement caséifiante, de certains florides, et celle, plus fréquente mais moins sclérosante, et à tendance souvent curable, des sujets répondant au classique *habitus phtisicus*.

Dans le domaine de la syphilis, nous basant sur les travaux de CORMAN, nous avons retrouvé cette opposition du « fort » et du « faible ». Le premier, qui semble exempt des manifestations habituelles et extérieures de la maladie et, par ce fait exempt d'inquiétude, est exposé à faire une syphilis viscérale grave. Le second, dont les atteintes sont plus manifestes et plus extérieures sera relativement indemne de ces lésions profondes qui touchent au pronostic vital.

Dans le domaine chirurgical, nous avons souligné, après un grand nombre de cliniciens, la fréquente gravité des suites opératoires chez les sujets de forte corpulence, et montré sur quels éléments est fondée la méfiance de certains chirurgiens vis-à-vis des sujets ayant cet *habitus* extérieur.

Enfin, l'étude de 80 cas de mort subite et l'interprétation de certaines statistiques de Compagnies d'assurances, nous a démontré que la vitalité des sujets grêles, malgré la fréquence des petites maladies qui les atteignent, dépassait celle des êtres épanouis, cependant satisfaits de leur santé florissante, et se révélait plus durable.

En nous contentant de cette opposition morphologique grossière, nous avons nécessairement schématisé les faits. Mais par sa simplicité même, ce schéma est très frappant. En en soulignant l'importance, nous ne faisons que rappeler l'opinion des vieux cliniciens, tant pédiatres que médecins et chirurgiens.

Les faits sont donc, dans l'ensemble, en faveur d'une plus grande résistance vitale chez les prétendus « faibles » que chez les « forts ».

Comment l'expliquer ?

La première solution qui vient à l'esprit est d'incriminer chez les forts la surcharge graisseuse. La graisse, en se substituant dans les organes aux cellules nobles, gêne leur fonctionnement et finit par l'abolir.

Mais, outre les critiques que soulève en elle-même cette explication, elle se heurte à cette objection que les différences de corpulence ne peuvent être ramenées à des différences d'embonpoint graisseux.

Il y a, chez le type « fort » une tendance de *tous* les tissus à se développer en volume. Il n'est jamais pareil au maigre qui a grossi. Son squelette est volumineux. Ses muscles sont épais et massifs. Ses viscères tendent à l'hypertrophie : le cœur est gros (souvent *cor bovinum*), le foie est gros; les cavités viscérales sont spacieuses, ainsi que la cage thoracique, le bassin; le crâne est vaste et arrondi. La peau elle-même est épaisse, les phanères développés. Et la graisse ne fait que participer au développement de toutes les parties. Si nos forts sont habituellement gras et peuvent même devenir obèses, ils ne le sont pas obligatoirement, et à l'âge de l'adolescence, ils montrent seulement l'épanouissement des formes d'un organisme très tôt développé.

A l'opposé, nos « faibles » ne sont pas seulement

maigres; ils sont minces. Leurs os et leurs muscles sont grêles. Leurs cavités viscérales sont petites. Leur peau est sèche et fine.

On ne peut donc expliquer les différences de résistance offertes par ces types opposés, par l'inégalité de leur embonpoint.

Une explication plus conforme aux données de la médecine moderne est celle que recherchent les endocrinologistes quand ils parlent de tempéraments endocriniens, liés à la prédominance, non pas d'une seule, mais d'un groupe de glandes. C'est ainsi, comme le souligne CORMAN, que l'on peut reconnaître dans nos « forts » les sujets ayant une prédominance des glandes qui, selon GASHELL, sont soumises à l'influence du vague : parathyroïde, thymus, cortico-surrénale, ilots de Langherans. Dans nos « faibles » on peut voir ceux chez qui prédominent les glandes qui seraient sous l'influence du sympathique : thyroïde, auté-hypophyse, médullo-surrénale et autres glandes chromaffines. Cette tendance à la vagotonie expliquerait à la fois la tendance à la prolifération des tissus et à l'épanouissement des formes chez les forts, et leur tendance à la mort subite ou rapide ? La prédominance du sympathique chez les « faibles » expliquerait l'intensité de leurs réactions de défense.

Toutefois, l'activité neuro-endocrinienne étant encore enveloppée de bien des obscurités, nous nous sommes efforcés de dégager directement de la notion même du « fort » et du « faible » les éléments cliniques qui nous permettraient de comprendre la conduite de ces deux types opposés dans la maladie.

Une conception morpho-physiologique du tempérament

Nous nous sommes laissés guider dans cette recherche par la *conception morpho-physiologique du tempérament* que CORMAN a tirée de l'œuvre du médecin lyonnais Claude SIGAUD.

Dans cette conception, l'aspect extérieur du corps, sa morphologie a une grande importance. Dans un article écrit en collaboration avec CORMAN, nous insistions sur ce point que :

« La forme humaine a un sens. Ses modifications
« ne se produisent pas au hasard, elles correspondent
« à des variations fonctionnelles, elles *objectivent*
« ces variations, autrement dit, elles en sont le *signe*
« *sensible*.

« A chacune des modalités d'une fonction corres-
« pond un aspect particulier de la forme et cet aspect
« étant visible, un coup d'œil rapide suffit à nous ren-
« seigner sur la manière dont la fonction s'accom-
plit. »

On doit à Claude SIGAUD d'avoir fondé sur des bases solides la Morphologie médicale. Ce qui est connu de son œuvre est bien peu de chose en comparaison de ce qui reste à en apprendre. CORMAN a bien fait voir que la classification des Types humains en musculaire, digestif, respiratoire et cérébral, vulgarisée par CHAILLOU et MAC AULIFFE, n'a que peu d'utilité pratique. Et il a insisté, par contre, sur les nombreuses conséquences cliniques de l'opposition établie par SIGAUD entre les hyper et les hypo-excitables. Dans la « Forme humaine », le médecin lyonnais a montré, en effet,

l'importance du rythme fonctionnel, accéléré chez les uns, ralenti chez les autres. Les premiers sont des hyperexcitables; leur morphologie est *plate*. Les seconds sont des hypoexcitables; leur morphologie est *ronde*. CORMAN emploie les mots *rétracté* et *dilaté* qui indiquent mieux le dynamisme morphologique. On a bien en effet, devant ces types, l'impression que les uns se *rétractent*, se recroquevillent sur eux-mêmes, tandis que les autres se *dilatatent*, s'épanouissent librement. SIGAUD a beaucoup insisté sur le fait que la rétraction n'est pas un phénomène passif, une sorte d'écrasement de l'organisme par les influences extérieures, mais qu'elle est une réaction propre de l'organisme, « un écroulement cellulaire actif ».

Dans son petit opuscule de 1914, SIGAUD est resté dans les grandes lignes théoriques d'une conception qui nous apparaît riche de promesses. S'il n'a pas jusqu'ici exercé une grande influence, c'est qu'il n'a illustré sa théorie d'aucune application pratique.

CORMAN a fait sienne cette conception, et y a intégré une foule d'aperçus cliniques dont nous avons pu, pour notre part, mesurer toute la justesse et la fertilité.

Selon la conception de CORMAN, exposée dans sa thèse (note) l'hyperexcitable est celui qui, à la moindre excitation du milieu, répond par une dépense d'énergie; c'est un tempérament catabolique ou de dépense.

L'hypoexcitable est celui chez qui la plupart des excitations sont absorbées sans éveiller de réponse; pour provoquer une dépense il faudra une grosse excitation; c'est un tempérament anabolique ou d'épargne.

Le premier a donc une sensibilité vive, et des rythmes fonctionnels rapides.

Note. — « Constitution physique des paralytiques généraux contenant un Essai sur les tempéraments », Doïn 1933.

Le second a une sensibilité médiocre et des rythmes fonctionnels lents.

Ces manières d'être peuvent être congénitales. Elles se manifesteront alors dès la naissance. Et, si les deux types opposés se développent dans le même milieu, voici ce qu'on observera :

L'hyperexcitable se montrera sensible aux moindres variations ambiantes. Il souffrira. Pour fuir les excitations trop pénibles, il se calfeutrera, il restera sobre, il évitera les excès, les changements importants à ses habitudes. Son développement sera difficile, interrompu par des troubles digestifs de temps à autre; il sera chétif. C'est le « faible ».

L'hypoexcitable s'accommodera de tout. Point de douleur. Tout lui sera bon. Il pourra se livrer à tous les excès sans en souffrir. Son développement sera facile et rapide. Très tôt il fera l'admiration de son entourage par sa belle corpulence. C'est le « fort ».

L'hypo- et l'hyperexcitabilité dans les antécédents

Pour mettre en évidence ces manières d'être si différentes, nous avons interrogé les antécédents de tous nos malades. Pour cela, il nous a fallu rompre avec les habitudes courantes, qui ont fixé notre attention sur les maladies antérieures du sujet soumis à l'examen, et négligent toujours les autres éléments d'observation. Nous avons été conduits à donner, avec CORMAN, une place toute particulière à toutes ces questions concernant l'appétit, la *fatigabilité*, le *sommeil*, la *tendance aux excès*, chez nos sujets alors qu'ils étaient bien portants. Nous avons naturellement fait le relevé des maladies que ceux-ci nous déclaraient avoir eu. Mais il nous a paru surtout important

d'opposer les malades qui ont souffert de nombreuses affections, et ceux qui se targuent de n'avoir jamais eu besoin du médecin.

Les résultats de nos enquêtes apportent une confirmation éclatante aux vues de SIGAUD et de CORMAN.

Chaque fois que nous avons eu affaire à un sujet de morphologie dilatée, présentant une affection grave, nous avons pu relever dans son passé les marques indiscutables de l'hypoexcitabilité. Chez les uns, c'était le gros appétit insatiable (Obs. 14) ou la propension aux excès de boisson (Obs.) Chez les autres, c'était une insensibilité presque anormale aux effets de la fatigue (Obs. 18). Chez d'autres encore, c'était la persistance d'une santé floride malgré maints écarts (Obs. 20.)

Par contre, chez les sujets de morphologie rétrécie, nous avons noté les caractères inverses. Tantôt un appétit capricieux (Obs. 3). Tantôt une sensibilité excessive aux changements d'habitudes qui faisait taxer le sujet de « maniaque », tantôt une insomnie habituelle, tantôt une sensibilité anormale à la boisson, ou aux écarts de régime.

Il est si peu dans les habitudes médicales de tenir compte d'éléments de cette sorte que nous n'hésitons pas à revenir sur certains des caractères signalés.

Soit par exemple la manière dont les divers tempéraments supportent un excès de boisson forte. Les uns, dès qu'ils font quelque abus, éprouvent aussitôt des maux de tête ou des nausées, ou bien vomissent le liquide ingéré ; ils passent pour être des sujets « de petite nature ». Les autres « tiennent le coup » ; ils font l'admiration de leurs camarades par les quantités d'alcool qu'ils peuvent ingérer sans malaise. Ils ne sont jamais ivres, soit, mais qui niera qu'ils ne s'intoxiquent que plus sûrement, tandis que les pre-

miers, les hyperexcitables, préservent leur parenchyme hépatique de toute lésion.

Autre exemple : la sensibilité aux intempéries. Les uns ont une sensibilité telle qu'ils perçoivent le moindre changement : si la nuit se refroidit brusquement, ils ne manqueront pas de s'éveiller pour se couvrir. Quand le temps est mauvais, ils se calfeutrent. Ils n'ont certes rien de la superbe indifférence des hypoexcitables qui n'ont jamais froid et qui s'en vantent. Et nous écrivions, avec CORMAN :

« Qu'on compare encore la sensibilité de l'hyper-
« excitable qui, au premier rhume, s'enveloppe de
« lainages, garde la chambre et se chauffe les pieds,
« à celle de l'hypoexcitable, qui, sourd à l'avertisse-
« ment de ses poumons, accepte une partie de chasse,
« marche tout le jour, revient trempé de pluie sans
« s'apercevoir qu'il prend froid, et ne s'alite qu'au
« second jour d'une « bonne » pneumonie ».

Nous nous bornerons à ces deux exemples, en ajoutant que les autres caractères fonctionnels mentionnés pourraient être soumis à une analyse du même genre.

L'hypo- et l'hyperexcitabilité dans la maladie

Ces différences de sensibilité, sur lesquelles nous fondons la distinction des « forts » et des « faibles », ne créent pas seulement des manières d'être fonctionnelles à l'état de santé, elles commandent aussi pour une très grande part la production des états morbides.

Nous y avons déjà fait quelques allusions. Nous allons ici entrer dans le détail.

Examinons tout d'abord ce qu'est la maladie. Dans son acception courante, voici comment on la comprend :

Elle résulte le plus souvent de l'action nocive exercée sur un ou plusieurs organes par un toxique ou un microbe.

Soit par exemple une cirrhose alcoolique du foie. Le corps toxique — ici l'alcool — est ingéré. Pour une large part, il est absorbé intact par la veine porte, et il parvient au foie qu'il imprègne. L'intensité de la lésion est proportionnelle à la dose d'alcool nocif ingéré, et elle fait la maladie.

Autre exemple, une méningo-encéphalite diffuse syphilitique. L'agent infectieux — ici le tréponème — introduit par l'érosion cutanée du chancre essaime dans l'organisme, et, s'il n'est pas détruit par la chimiothérapie, atteint le cerveau où il colonise en vertu d'affinités tissulaires spéciales. Et voilà la paralysie générale constituée.

Mais cette conception est bien peu satisfaisante. Les faits cliniques ne répondent jamais à un pareil schéma. En particulier, cette conception ne fait jouer aucun rôle aux moyens de défense de l'organisme.

Or cette défense existe, et elle est étroitement liée au degré de sensibilité de l'organisme. On admet bien couramment que la sensibilité de nos téguments nous préserve contre les atteintes traumatiques : chocs, brûlures, froid, etc. Cette fonction de vigilance, nous pensons qu'il faut la reconnaître de même à toutes les autres sensibilités, en particulier au sens viscéral, à la cénesthésie.

Une attaque toxique ou microbienne ne se fait que rarement d'une façon massive. Absorbez, par mégarde, étant au laboratoire, un bouillon de culture virulent, — inoculez dans les veines un poison, il est bien

entendu qu'aucun tempérament n'y résistera. Mais dans la pratique, les choses ne se passent pas ainsi : il y a invasion progressive. Si sa sensibilité est vive, le sujet en sera très vite averti : il éliminera aussitôt le produit nocif, ou empêchera l'absorption de se poursuivre ; il fera donc une maladie bénigne.

Si au contraire sa sensibilité est obtuse, l'intoxication se fera en silence, et bien souvent, quand la maladie éclatera, il sera trop tard pour intervenir.

N'est-ce pas réellement ainsi que les choses se passent ? Et ne trouve-t-on pas, jusque dans le détail des symptômes cliniques, de quoi appuyer la thèse du rôle de la sensibilité.

Chez l'hyperexcitable, la maladie est souvent douloureuse. Même lorsqu'elle est peu importante, elle détermine une gêne fonctionnelle marquée. Nous l'avons vu dans quelques-unes de nos observations (par exemple. Obs. 8). Nous avons noté aussi, chez certains malades de faible corpulence atteints d'affections pulmonaires, qu'un certain degré d'amaigrissement avait précédé les premiers signes de la maladie. Nous sommes portés à voir dans cette chute de poids, un indice que déjà la réaction hyperexcitable de défense s'amorçait.

A l'opposé, chez l'hypoexcitable, la douleur est peu accusée, sans localisation franche, et souvent tardive. Le peu d'intensité des signes fonctionnels contribue, avec cette indolence relative, à égarer le diagnostic. On croit que la vie du malade n'est pas en danger, et on porte un pronostic qui se trouve brutalement démenti quelques jours après. Paradoxalement aussi, l'état général est souvent conservé. Rappelons à ce sujet que nous avons noté chez quelques malades atteints de pneumonie grave, un accroissement de poids pendant la période précédant la maladie, et qu'on

était donc fondé à croire que la santé générale de ces sujets était excellente. Il est d'ailleurs bien connu que l'euphorie est d'ordinaire, au cours des maladies graves, un signe de fâcheux pronostic ; elle est toujours liée à l'absence de douleur. La plupart des médecins la rapportent à des troubles qui ont une source dans la maladie même, par exemple à l'intoxication ou à l'asphyxie des centres nerveux. Mais on l'observe dans de nombreux cas où ces facteurs ne sont pas en jeu. Elle est alors directement liée à l'hypoeccitabilité. Nous nous rencontrons sur ce point avec un autre auteur lyonnais, TOURNIER, dont le docteur René BIOR nous a fait connaître les œuvres. TOURNIER rapporte à l'insuffisance de la sensibilité l'évolution tout à fait silencieuse de certaines grosses tumeurs abdominales. Et il compare la condition fonctionnelle de ces malades à celle qui est normale chez l'enfant ; on sait en effet que les réactions de défense de l'enfant ne sont pas bien au point.

Une conception nouvelle de la maladie Règles posées par Corman

Les considérations cliniques qui précèdent nous conduisent à donner de la maladie une définition plus large et plus vraie, que celle qui la considère comme résumée dans la lésion d'un organe.

Nous y voyons deux éléments : l'un qui résulte directement de l'action novice exercée sur un organe : c'est la lésion. L'autre, qui résulte des réactions de défense de l'organisme.

Comme, dans la pratique médicale, nous appelons

surtout maladie le trouble très apparent, *le trouble pour lequel nous sommes consultés*, il en résulte que les organismes hyperexcitables, aux réactions de défense vives et fréquentes, passent pour être souvent malades. Par contre, les organismes hypoexcitables, qui pendant longtemps subissent les actions pathogènes sans réagir, passent pour être d'une santé florissante.

Mais tout ce que nous venons de dire permet de comprendre que les hyperexcitables, n'ayant subi qu'une atteinte légère se relèveront très vite de la maladie, tandis que les hypoexcitables, à partir du moment où la lésion perturbe les fonctions, déclinent très rapidement et ne tardent pas à succomber.

Les classifications usuelles des maladies sont fondées sur la connaissance de la cause pathogène et de la lésion. Elles ont certainement leur utilité. Mais on ne saurait tenir la réaction individuelle de l'organisme en dehors de ces classifications, surtout si l'on accorde aux données pronostiques la place qu'elles méritent.

Si nous négligeons provisoirement la variété infinie des causes externes et des localisations morbides, pour ne retenir que les éléments symptomatiques liés au tempérament et utiles au pronostic, nous serons conduits à admettre avec CORMAN l'existence de deux sortes de maladies.

Les maladies du tempérament hypoexcitable, chez lequel « la lésion déborde l'irritation », maladies inconscientes pendant fort longtemps, et d'ordinaire d'une extrême gravité.

Les maladies du tempérament hyperexcitable, chez lequel « l'irritation déborde la lésion » : ce sont de petites maladies, des indispositions, dont la grande fréquence n'a d'égale que la grande bénignité.

Il s'agit là de véritables lois pathologiques concernant le tempérament, et qui comportent toute une série de conséquences.

I. — Tout d'abord, cette opposition se superpose à la classification usuelle des maladies.

Soit par exemple l'infection du poumon par le pneumocoque. On peut observer tous les degrés entre la bronchite simple ou la congestion fugace, bien limitée, et l'hépatisation étendue conduisant à la mort. Au chapitre II, nous en avons donné des exemples.

De la même manière, le bacille de KOCH déterminera chez les hypoexcitables des lésions caséo-ulcéreuses étendues à peu près indolores, mais graves pour la vie, tandis que, chez les hyperexcitables, il provoquera des poussées cortico-pleurales peu extensives, mais fort douloureuses, dont le pronostic vital est bon (Ch. III).

Un même virus, celui de la scarlatine par exemple, engendre ici une néphrite grave, alors que là, il borne ses effets à la production d'une éruption, qui disparaît sans laisser de trace.

II. — On oppose fréquemment les processus sclérosants qui limitent la lésion et la font guérir, aux processus hyperplasiques ou caséifiants, qui l'étendent dans un organe tout entier, amenant des complications graves. On rapporte parfois ces processus opposés à l'action de toxines différentes, ainsi pour la tuberculose, l'éthéro — et le chloroforme — bacilline d'AUGLAIR. Mais l'influence du tempérament nous paraît prépondérante. Ce sont les « faibles », les hyperexcitables, qui ont l'apanage des scléroses douloureuses, tandis que chez les « forts », les hypoexcitables, on observe d'ordinaire l'évolution indolente de lésions hyperplasiques ou caséuses.

III. — Si la douleur a une grande importance en clinique, par cela qu'elle nous fait connaître la maladie, cette importance n'est pas du tout du même ordre chez le tempérament hyperexcitable, et chez l'hypoexcitable.

« Chez le premier, écrit CORMAN dans sa thèse, « la douleur est fréquente, tenace, récidivante, et en « même temps tout à fait disproportionnée au dom-
« mage subi réellement par les organes. Son intensité
« et son existence n'ont donc pas de valeur pronosti-
« que ; le médecin doit s'efforcer simplement de la
« modérer en supprimant les influences du milieu qui
« l'ont produite et l'entretiennent.

« Chez le second, la douleur est rare, lente à se
« produire et peu accusée. Mais quand elle apparaît,
« on peut être certain qu'elle n'est que la révélation
« tardive d'une lésion déjà ancienne. C'est la lésion
« qu'il faut traiter, s'il en est temps encore, non la
« douleur ».

Il peut sembler oiseux d'insister sur ce point. Et pourtant, que de diagnostics erronés l'on porte quand on méconnaît ces différences du tempérament.

Que de fois le médecin, en présence d'une douleur qui ne se rattache à aucune lésion apparente, multiplie ses examens, sollicite l'avis de plusieurs spécialistes, s'obstine à vouloir trouver une syphilis inexistante, et finit, en désespoir de cause, par abandonner son malade. S'il avait cherché d'une autre manière, s'il ne s'était pas laissé hypnotiser par les habitudes anatomiques, il eût peut-être trouvé que le sujet commettait de graves fautes alimentaires ; qu'il vivait trop sédentaire, ou à l'opposé qu'il se surmenait ; que, campagnard, il souffrait depuis qu'il était venu à la ville ; qu'il avait des ennuis moraux importants, etc. Chez un hyperexcitable, une foule de causes peuvent

déterminer les localisations douloureuses les plus variées.

A l'opposé, combien sont trompeuses les réactions douloureuses des hypoexcitables. Les chirurgiens ne l'ignorent pas ; combien de ces gros ventres se refusent à livrer leur secret. Cela a débuté par une douleur, mais celle-ci s'est rapidement estompée. L'état général s'aggrave, il persiste une douleur sourde, mais elle n'est guère localisable. A l'examen clinique, même imprécision. Et souvent des heures précieuses sont ainsi perdues parce qu'on attend que les signes se confirment. Il y a pourtant là derrière une grosse lésion, et qui est de date ancienne. Le pronostic est bien meilleur, disent les chirurgiens, chez les malades aux réactions franches, parce qu'on opère à temps. C'est bien vrai, mais si l'on opère à temps, ce n'est pas par une heureuse chance, c'est parce que la sensibilité du malade a donné l'alarme.

IV. — Les règles posées par CORMAN entraînent d'autres conséquences pour le diagnostic. Elles conduisent à souligner avec plus de netteté la valeur de certains symptômes fonctionnels.

Les hyperexcitables, nous le savons, résistent à la lésion. Cette résistance met constamment en jeu leur hyperexcitabilité, et se signale par des manifestations telles que spasmes, contractions musculaires, accélération des rythmes fonctionnels. Ainsi les vomissements, les migraines, la tachycardie, la pollakiurie, les crampes, l'insomnie, les spasmes vasculaires (doigt mort par exemple) sont chez ce tempérament des symptômes fréquents.

Chez les hypoexcitables, on ne les observe pas. Mais un jour vient où une lésion restée latente, va s'affirmer cliniquement. A ce moment, l'organisme hypo-

excitable présente un certain degré d'hyperexcitabilité, qui se traduit par les mêmes symptômes que ci-dessus. Ce seront par exemple les petits signes du brightisme : doigt mort, pollakiurie, crampes, insomnie, tachycardie, céphalée. Ce sont les mêmes signes, mais ce qui décide de leur signification, ce sont leurs conditions d'apparition. Si on les constate chez un malade qui déclare y être sujet depuis longtemps, et qui montre par ailleurs le type morpho-physiologique de l'hyperexcitable, il s'agit de troubles fonctionnels sans gravité. Si on les constate au contraire chez un sujet de type hypoexcitable, qui n'avait jamais rien présenté de tel, et qui commence à les accuser vers la quarantaine ou la cinquantaine, on peut être assuré qu'ils sont le signe d'une lésion importante.

Selon l'exemple que nous a souvent indiqué CORMAN, si un sujet de type rétracté, se plaint de palpitations cardiaques pendant la période digestive, ou à l'occasion d'une émotion, ou simplement en se couchant le soir sur le côté gauche, et si ce trouble, il l'a éprouvé souvent, on peut être assuré qu'il n'y a rien. Si le même trouble est accusé par un adulte de type dilaté, qui déclare l'éprouver pour la première fois, on trouvera le plus souvent une lésion importante du cœur.

V. — En dernier lieu, les différences du tempérament rendent compte aussi de la terminaison des maladies.

Quand une maladie grave frappe un hyperexcitable, l'organisme de celui-ci résiste longtemps. Il est de ces êtres « dont l'âme est chevillée au corps » et qui mettent des années à mourir. Qu'on compare par exemple la mort rapide de certains beaux enfants atteints d'infection, à la mort très lente de leurs voisins de salle, les athrepsiques au visage émacié.

A l'inverse, les hypoexcitables meurent souvent sans agonie. Et la conception de CORMAN fournit une explication à ce phénomène jusqu'ici mystérieux qu'est la mort subite. Pourquoi un sujet, jusque-là bien portant, ou semblant tel, succombe-t-il en quelques heures à la maladie (mort rapide) ou même sans maladie apparente (mort subite) ? On a cru avoir fourni une réponse satisfaisante en décrivant les lésions importantes constatées à l'autopsie.

Mais le problème reste entier. Pourquoi de telles douleurs, ni réaction fonctionnelle ? C'est précisément que ces lésions se sont développées chez un organisme hypoexcitable, détruisant en silence les organes nécessaires à la vie. La statistique que nous avons donnée au chapitre VI est sur ce point tout à fait démonstrative.

CHAPITRE II

I. — Les quatre tempéraments des anciens

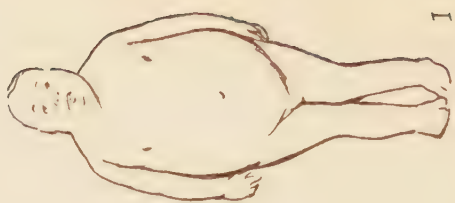
Si l'opposition des tempéraments hyper et hypo-excitables est capable de rendre compte des principaux types cliniques elle n'en reste pas moins très schématique.

Il apparaît bien qu'entre les types extrêmes, il y a des types intermédiaires.

Dans une étude très approfondie, CORMAN a montré qu'en cherchant dans ce sens, on retombait dans la typologie d'HIPPOCRATE et de GALIEN. Persuadé que, derrière un vocabulaire désuète, cette typologie dissimule des trésors d'observation clinique, il a tenté de l'exposer en termes d'hypo et d'hyperexcitabilité. Il est parvenu à montrer que les propriétés des quatre tempéraments des anciens s'expliquent ainsi très rationnellement.

Les figures ci-contre reproduisent cinq types de tempérament. Ce sont, de droite à gauche : le lymphatique, le sanguin, le tempérament idéal, le bilieux, le nerveux.

L'excitabilité va en augmentant du premier au dernier.



I



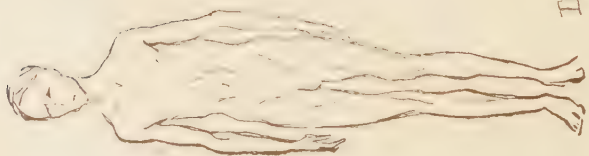
II



III



IV



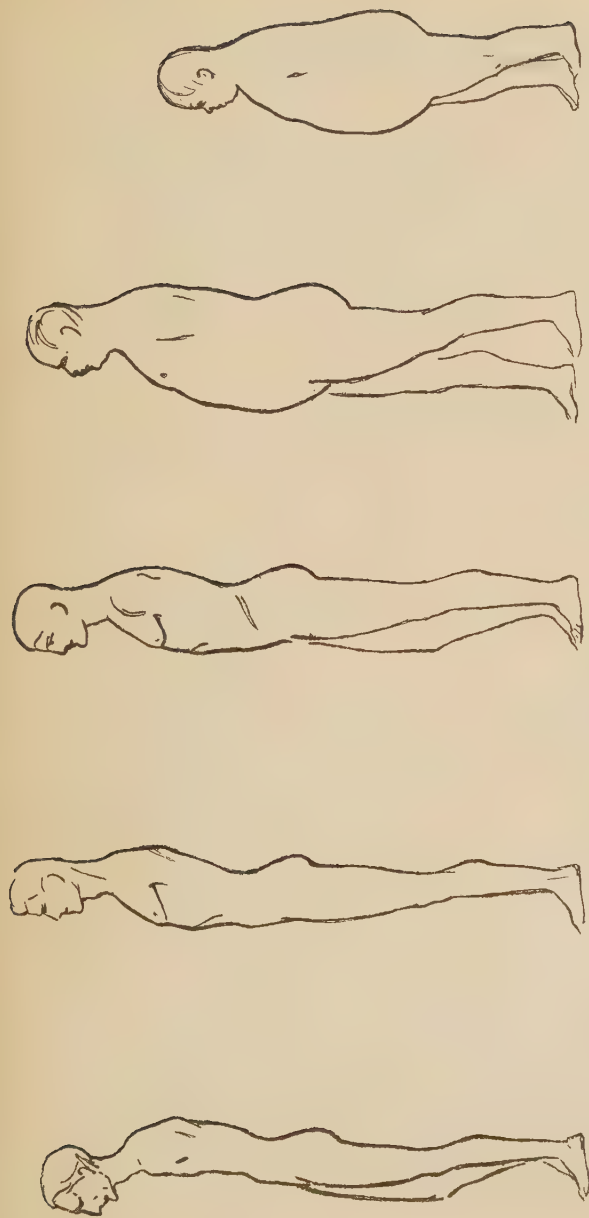


Fig. 11 à 20. — LES QUATRE TEMPÉRUMENTS DES ANCIENS ET LE TEMPÉRAMENT IDÉAL

Ces figures sont empruntées à la thèse de CORMAN.

Celle du milieu représente le Tempérament idéal, ou mésoexcitable, figuré ici par le Doryphore de Polyclète (canon grec). La vue de face est une simple copie de l'œuvre du sculpteur grec; la vue de profil est une interprétation du même type. C'est un organisme harmonieusement développé, aux justes proportions. Sa santé se maintient longtemps sans aucune défaillance.

Les autres figures représentent les Tempéraments mixtes, numérotés de droite à gauche, de I à IV. Elles ont été composées d'après des documents photographiques de malades examinés par CORMAN. Quel médecin ne reconnaîtrait, en les voyant, des types qui se sont souvent présentés à son observation !

A la gauche du mésoexcitable, nous avons deux « dilatés », le Lymphatique et le Sanguin, prédisposés aux maladies des hypoexcitables, où « la lésion déborde l'irritation ».

A sa droite, nous avons deux « rétractés », le Biliéux et le Nerveux, prédisposés aux maladies des hyperexcitables, où « l'irritation déborde la lésion ».

Le lymphatique hypoexcitable

Le lymphatique est le type même de l'hypoexcitable. C'est un tempérament d'épargne, de morphologie dilatée, de prépondérance vagotonique. Ses réactions de défense sont faibles. Ses maladies sont caractérisées par leur indolence, le peu de troubles fonctionnels qu'elles provoquent, et la tendance qu'ont les lésions à prendre une extension de plus en plus grande.

Une telle hypoexcitabilité l'expose à une mort prématurée, et le fait est qu'il parvient rarement à l'âge adulte.



FIG. 21.



FIG. 22.

VISAGE DU LYMPHATIQUE.

Proche parent du type que PALTAUF a décrit *habitus thymo-lymphaticus*, et de l'*habitus patosus*, il est très exposé à la mort subite. Et ce fait ne saurait nous surprendre après tout ce que nous avons dit.

Signalons encore que c'est aussi chez les sujets de ce type que nous avons vu le syndrome pâleur-hyperthermie, et que cet accident post-opératoire est loin d'être rare après les interventions portant sur les organes lymphoïdes.

Chez l'adulte, ce tempérament, fréquemment obèse, est sujet aux hernies, aux suppurations interminables, aux tumeurs abdominales. Il est également exposé à la mort subite.

Le sanguin, hypo-hyperexcitable

Le type sanguin des Anciens est lui aussi un hypoexcitable. Il se développe très rapidement, acquérant une taille et un embonpoint qui font l'admiration de l'entourage. Il se livre à de nombreux excès sans être jamais malade : excès de table, excès de boisson, excès de travail.

Il est donc exposé aux maladies des hypoexcitables, à des infections rapidement mortelles (Ch. I et II), à des formes graves de tuberculose (Ch. III), à la paralysie générale (Ch. IV), à la mort subite vers la cinquantaine (Ch. VI).

Mais, chez certains sujets de ce type, on observe des maladies plus précoces et moins graves. Tout se passe comme si, de temps à autre, l'hypoexcitabilité native faisait place à une certaine hyperexcitabilité, celle-ci établissant en quelque sorte une utile compensation. On voit alors des manifestations morbides *périodiques* jalonner l'existence du sujet, manifestations que les médecins du siècle dernier rangeaient dans la Diathèse arthritique. Ce sont des accès de

goutte, des coliques hépatiques, des fluxions pulmonaires, des migraines, des rhumatismes, etc... Il est bien connu depuis longtemps que ces épisodes morbides douloureux ont leur utilité, qu'ils préservent l'organisme d'accidents plus graves, et qu'il faut dans une certaine mesure les respecter.



FIG. 23.



FIG. 24.

VISAGE DU SANGUIN

Le fait est que, lorsqu'il disparaissent brusquement, soit qu'une médication intempestive en soit la cause (par exemple trop de colchique dans l'accès de goutte), soit que ce soit par l'effet de l'évolution naturelle, par l'épuisement de l'hyperexcitabilité, — on voit survenir des troubles plus graves, ainsi les accidents pulmonaires, cardiaques ou cérébraux de la « goutte remontée », et la mort, dans ces conditions, est à redouter.

Le tempérament idéal, mésoexcitable

Celui-ci, figuré morphologiquement par le « canon » grec, répond à un juste équilibre entre l'hypo et l'hyperexcitabilité. Il représente un état tout idéal où la santé se maintient un très long temps excellente.

Le bilieux, mésohyperexcitable

Nous sommes avec le Bilieux sur le chemin de l'hyperexcitabilité. Mais celle-ci n'atteint pas encore ses valeurs extrêmes. Aussi il s'agit d'un tempérament doué d'une vitalité durable et dont l'évolution n'est pas trop occupée par les épisodes morbides.



FIG. 25.



FIG. 26.

VISAGE DU BILIEUX.

Néanmoins, dans le jeune âge et l'adolescence, le Bilieux des Anciens, est exposé à des troubles du type hyperexcitable, c'est-à-dire à des indispositions de peu de gravité, particulièrement dans la sphère digestive.

Par contre, une fois la maturité atteinte, il s'accommode beaucoup mieux de son hyperexcitabilité, et il parvient à un âge beaucoup plus avancé que le sanguin.

Le nerveux, hyperexcitable

Quand l'excitabilité augmente trop, la croissance de l'organisme est gênée par des épisodes morbides incessants. Le corps se développe mal. Il reste chétif. C'est le type du « faible » dont on ne présage rien de



FIG. 27.

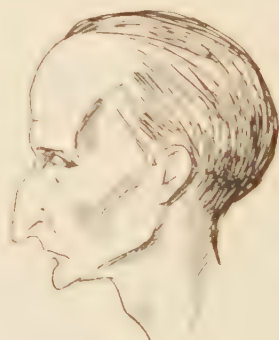


FIG. 28.

VISAGE DU NERVEUX

bon. Mais si contrairement à toutes les prévisions, le Nerveux vit jusqu'à un âge avancé, il n'y parvient

qu'en se calfeutrant, en rétrécissant sa vie dans des habitudes et des manies.

Son organisme se défend avec une grande énergie contre toutes les actions novices du milieu. Il est trop sensible pour s'exposer à une intoxication. Il évite même la plupart des maladies infectieuses. Mais il est sujet plus que tout autre à toutes les manifestations fonctionnelles de l'hyperexcitabilité : névralgies, céphalées, spasmes, crampes, insomnies, névroses. Il présente aussi une tendance de plus en plus accusée à la sclérose des principaux organes, mais cette sclérose ne prend jamais l'extension brutale et dangereuse que l'on peut voir chez les « forts ».

LEUR COMPORTEMENT DANS LA MALADIE

La manière dont chacun de ces types de tempérament se présente au médecin dépend essentiellement de son degré d'excitabilité.

Dans son travail, CORMAN y a beaucoup insisté et nous ne saurions mieux faire que de reproduire ce qu'il a écrit à ce sujet :

« Lorsque le médecin est appelé à donner des soins
« à l'un de ces quatre tempéraments, il observe que
« chacun d'eux n'est pas seulement caractérisé par
« son activité fonctionnelle et par son aspect morpho-
« logique, mais encore par sa *tenue* devant la ma-
« ladie, laquelle dépend intimement des traits du ca-
« ractère.

« Ainsi, dans la vie du type lymphatique, la dou-
« leur est rare. Mais, lorsqu'elle survient, il la sup-
« porte mal. Au moindre bobo, il est pris de peur, se
« croyant sur le point de mourir. Sur lui, les drogues

« les plus anodines agissent, si l'on sait, en les administrant, frapper son imagination ; aussi est-il très accessible à la suggestion, qu'elle soit simple ou hypnotique.

« Le type Sanguin est fier de sa belle santé physique et morale : il se vante souvent de n'avoir jamais eu besoin du médecin. Mais, quand il est atteint par la maladie, il s'empresse d'aller lui confier ses troubles, car il n'aime pas garder ses soucis pour lui-même, et il a besoin avant tout qu'on le rassure. Si l'on veut que l'ordonnance soit suivie, il faut souvent lui faire un peu peur, car, docile au traitement tant qu'il souffre, il est tout prêt à l'abandonner dès qu'il se sent mieux, et à reprendre alors ses excès habituels. Quoique moins poltron que le précédent, il est cependant peu stoïque devant la douleur et devant la mort.

« Le type Bilieux est, comme l'on dit, « dur au mal ». Il souffre souvent sans le dire, et il est de ceux qui ne vont au médecin que quand ils ne peuvent agir autrement. Leur appréhension ne se calme pas, comme celle du précédent, par quelques paroles de réconfort ; réfractaires à la suggestion des mots, ils ont l'esprit logique et veulent un traitement rationnel ; ils le suivront d'ailleurs ponctuellement. Quoique naturellement inquiets et se tourmentant en secret sur l'avenir de leur santé, ils sont stoïques devant les maux qu'on ne peut éviter et ils meurent sans se plaindre.

« Le sujet du type Nerveux frappe souvent à la porte du médecin. Il a toujours quelque trouble nouveau à lui conter, avec des détails infinis. Plus les symptômes sont variés et bizarres, plus on peut être assuré que la lésion qui les conditionne est bénigne. Parfois le nerveux se fait traiter en même

« temps par plusieurs spécialistes : l'un soigne son
« estomac, l'autre sa vessie, cet autre encore ses nerfs,
« etc. Il a étudié *son cas* dans les livres, et il vous
« pose une foule de questions embarrassantes. Il a
« vu toutes les sommités médicales, et il a essayé
« tous les traitements. Il vous dira souvent qu'il ne
« supporte plus les médicaments, et c'est vrai. Il
« vous imposera la corvée de lire une foule de *petits*
« *papiers* : les uns relatant les analyses de labora-
« toire dont il a été l'objet, les autres résumant les
« traitements qu'il a subis, les troisièmes consignant
« jour par jour ses plus menus troubles. Il a peur de
« la maladie, et il craint de craindre. Au seul récit
« de l'affection de son voisin, il la contracte en quel-
« ques minutes, mais les affirmations calmes du mé-
« decin la lui enlèvent en moins de temps encore.
« Ce qu'on ne lui enlève pas, c'est son tempérament,
« qui le porte à souffrir de tout et à amplifier ses
« souffrances en y pensant sans cesse ! Vienne cepen-
« dant une grande douleur ou un chagrin cuisant,
« souvent ce type de tempérament les supportera
« mieux qu'un autre, et souvent aussi, il fera preuve
« devant la mort d'une sérénité d'âme dont toute sa
« vie avait manqué ».

II. — Le tempérament selon l'âge et selon le sexe

Les nécessités fonctionnelles de l'âge et du sexe commandent pour une très large part les variétés observées dans le degré d'excitabilité.

Selon l'âge

On n'aura pas manqué d'être frappé par les analogies entre le Lymphatique des Anciens et l'enfant.

Le petit enfant est un hypoexcitable. Il y a là une nécessité de la croissance qu'il est facile de comprendre. Mais cette nécessité a sa rançon dans la faible résistance de cet âge. Il est bien connu que la courbe de mortalité présente chez l'enfant un de ses maximums. Le peu d'intensité de la douleur, la faiblesse des réactions d'immunité, la fragilité de la fonction thermique, sont des éléments à porter au compte de l'hypoexcitabilité.

Si cette hypoexcitabilité est trop accusée, nous avons de très gros enfants, dont la bonne santé n'est qu'apparente, car ils sont plus exposés que les autres — nous l'avons montré au Ch. I — à une mort prématurée.

Si elle est au contraire modérée, l'enfant se dé-

veloppe, et les réactions de défense s'établissent. Si cette évolution est heureuse, l'organisme se rapproche du tempérament idéal. Mais certaines influences héréditaires peuvent l'en faire dévier et produire un type répondant, soit au tempérament Sanguin, soit au tempérament Bilieux.

Selon le sexe

L'évolution de l'organisme ne se fait pas dans le même sens chez les deux sexes.

Il est dans la nature de la femme de garder une certaine hypoexcitabilité, et celle-ci se traduit par l'épanouissement des formes, l'embonpoint, la taille plus petite, les rythmes plus lents.

Chez l'homme, par contre, un certain degré d'hyperexcitabilité (tempérament bilieux) est en accord avec une morphologie plus sèche, une taille plus élevée, des rythmes plus rapides.

On pourrait croire de ce fait que la femme est plus exposée aux maladies du tempérament hypoexcitable, et l'homme à celles du tempérament hyperexcitable.

Il n'en est rien, et c'est un des mérites les plus remarquables de CORMAN que de l'avoir montré.

Selon CORMAN, si le degré d'excitabilité est en accord avec les nécessités physiologiques du sexe, l'organisme se maintient en bonne santé. On observera donc surtout une particulière fréquence des maladies du tempérament hypoexcitable chez les hommes de type lymphatique ou sanguin (les deux dilatés) et des maladies du tempérament hyperexcitable chez les femmes de type bilieux ou nerveux (les deux rétractés). Et c'est bien, en effet ce qu'on constate. Et, à

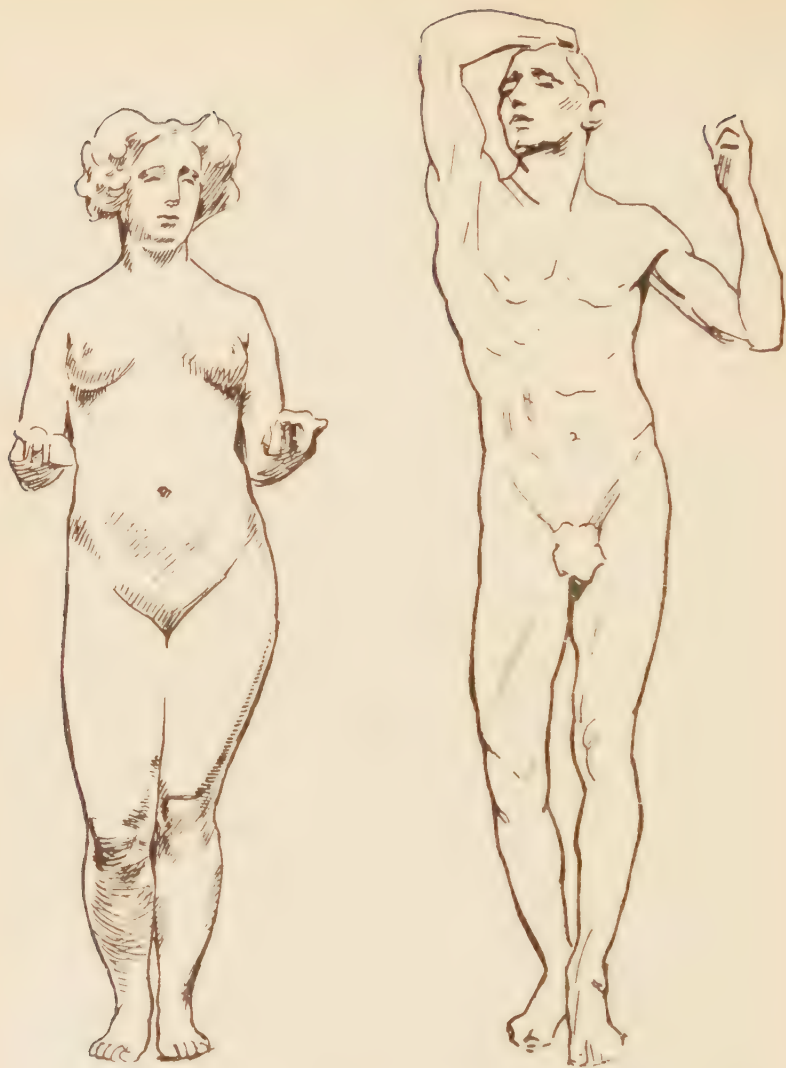


Fig. 29 et 30. — TYPE FÉMININ ET TYPE MASCULIN.
(figures reproduites de la thèse de CORMAN).

Comme l'a montré CORMAN, la femme garde de l'enfant un certain épanouissement des formes, qui est nécessaire à l'accomplissement de ses fonctions maternelles, et aussi à l'équilibre de sa santé. Il est donc normal qu'elle conserve longtemps une morphologie « dilatée », qui serait, chez un homme du même âge, la source de diverses maladies. Notre figure, dessinée d'après la Pomone de MAILLOL, en est une bonne illustration.

Par contre, la physiologie du sexe masculin exige une certaine rétraction des formes, dont le dessin, exécuté d'après l'« Age d'Airain », de RODIN, indique bien les principaux caractères. Une telle morphologie lorsqu'elle se rencontre chez la femme, est alors la source de troubles multiples de la santé, notamment des névroses.

ce propos, nous soulignerons que les cas de morts rapides et subites qui sont réunies dans notre enquête, concernent beaucoup plus les sujets corpulents de sexe masculin que ceux de l'autre sexe.

Conclusions

L'idée que défend cette thèse est que la connaissance du tempérament individuel peut aider beaucoup à établir le pronostic d'une affection. Nos observations nous ont conduit à critiquer cette opinion que les sujets physiquement les plus robustes sont ceux qui résistent le mieux aux atteintes de la maladie.

Suivant en cela l'opinion de bien des cliniciens, nous avons été amenés à reconnaître que les tempéraments « faibles » montrent de meilleures réactions de défense et une vitalité souvent plus durable que les tempéraments « forts ».

Nous avons vérifié ce fait dans divers domaines de la médecine.

En pédiatrie nous avons constaté que les enfants de forte corpulence sont souvent plus exposés que les autres à une mort prématurée soit subite, soit au cours d'une maladie. Nous avons rapproché nos observations des faits observés par PALTAUF (Diathèse thymolymphatique) et de ceux qu'on a étiqueté accidents de pâleur-hyperthermie.

Chez l'adulte, nous avons observé que les infections aiguës peuvent prendre une gravité particulière, lorsqu'elles surviennent chez des organismes que leur robustesse et leur embonpoint semblaient au premier abord devoir préserver. C'est ainsi qu'ayant relevé de nombreuses observations d'infections pulmonaires,

nous avons eu les formes les plus graves et les issues mortelles chez les plus « beaux » sujets. Par contre, les individus chétifs étaient atteints d'une manière plus bénigne.

Dans le domaine de la tuberculose pulmonaire, nous avons fait des remarques analogues. Et sans nier ce que nos conclusions ont de schématique, nous avons été conduits à penser que les formes caséuses rapidement mortelles sont l'apanage des sujets dont on vante le beau développement physique, tandis que les formes fibreuses, plus bénignes, s'observent principalement chez des sujets grêles.

Dans le domaine des affections syphilitiques, une opposition semblable peut être formulée entre les malades qui présentent des réactions cutaneo-muqueuses intenses mais relativement bénignes et ceux chez qui le tréponème engendre d'emblée des manifestations viscérales graves. Si les premiers ont une constitution physique variable, par contre les seconds sont d'ordinaire des sujets de forte corpulence, s'apparentant, comme l'a montré CORMAN, au type Sanguin des Anciens.

En milieu chirurgical, il est bien connu qu'une forte corpulence comporte toujours des suites opératoires moins favorables, qu'une corpulence moyenne ou faible.

Cette vitalité moins durable des tempéraments « forts » se confirme encore lorsqu'on analyse des observations de mort rapide ou subite. Aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, la mort subite est presque l'apanage des sujets précocement développés, et dont la « belle » santé semblait sans défaillance.

L'importance de cette donnée -- l'influence de la corpulence sur la longévité -- est si grande que les compagnies d'assurances sur la vie se sont trouvées forcées d'en tenir compte ; et selon les documents

que nous avons dépouillés, après l'âge de trente ans, si le poids dépasse la moyenne, le « risque aggravé » est comparable à celui d'une hypertension artérielle ou d'une tuberculose pulmonaire.

Nous avons cherché une explication à ces inégalités dans les réactions de défense des divers organismes, et nous nous sommes demandés si on pouvait les rattacher à des propriétés plus générales du tempérament.

La conception morpho-physiologique que CORMAN a tiré de l'œuvre de SIGAUD nous en a fourni les moyens. Les « faibles » sont des hyperexcitables que leur sensibilité préserve contre les actions nocives du milieu. Les « forts » sont des hypoexcitables qui tirent leur euphorie de leur insensibilité.

Nous avons recherché dans les antécédents de tous nos malades les signes qui traduisent cette hypo ou cette hyperexcitabilité. Et il nous a paru qu'on pouvait presque toujours prévoir sur ces signes, la manière dont une maladie évoluerait. Les hyper et les hypoexcitables sont en effet différents les uns des autres non seulement par leurs habitudes fonctionnelles et leur morphologie, mais encore par la manière dont se développent chez eux les épisodes morbides et par le pronostic de ceux-ci.

Les faits publiés par CORMAN et ceux que nous avons nous-même recueillis, nous ont amené à reconnaître que chez le faible hyperexcitable les manifestations cliniques de la maladie précèdent toujours la lésion et par là, la préviennent. Tandis que chez le fort-hypoexcitable la lésion se développe en silence et précède de longtemps les premiers symptômes.

De ces considérations générales, nous pensons avoir tiré quelques règles utiles à la pratique médicale quotidienne. Nous avons notamment insisté sur la

signification différente que prend la douleur selon le type de tempérament chez lequel elle se manifeste. Nous avons attiré l'attention sur l'importance que prend l'aspect morphologique des individus pour le Diagnostic des Tempéraments, et nous avons défini avec soin les formes dilatés et rétractés qui correspondent à nos deux types fondamentaux, la connaissance précise des modalités réactionnelles de chaque tempérament nous conduit à ne pas diriger contre elles une médication intempestive, et à respecter dans une certaine mesure les troubles fonctionnels en se rappelant leur rôle préservateur.

Pour compléter notre schéma et y introduire un peu de la variété que l'on observe parmi les types naturels, nous avons décrit en langage d'hyper et d'hypoexcitabilité les quatre tempéraments des Anciens, et nous en avons profité pour souligner une fois de plus combien la conception morpho-physiologique que nous avons adoptée, est en accord avec les faits exposés dans la première partie de notre travail.

Enfin, persuadés que le degré de sensibilité ne joue pas le même rôle en pathologie selon l'âge et selon le sexe, nous avons examiné rapidement les conditions fonctionnelles particulières à l'enfant, à l'adulte, au sexe masculin et au sexe féminin.

Nous espérons que cet essai sur l'importance du tempérament dans le pronostic des maladies, bien qu'il soit très incomplet, attirera l'attention sur la question des prédispositions morbides individuelles aujourd'hui un peu négligées.

La connaissance de celles-ci a parfois conduit à un scepticisme thérapeutique regrettable, car « si nous sommes ainsi, dit-on, nous n'y pouvons rien ». Cela n'est pas exact. Le tempérament subit dans une large mesure l'influence modificatrice du milieu, et par là,

l'hygiène a sur lui une grande prise. Nous n'avons pu ici nous livrer à cette étude de l'action du milieu, mais nous pensons qu'elle peut être menée dès à présent à bonne fin, et qu'elle fournira les bases d'une prophylaxie et d'une hygiène adaptées aux besoins de chaque individu.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT,
E. SERGENT.

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

Bibliographie

Si nous avions voulu citer tous les travaux qui, de près ou de loin touchent au sujet que nous avons traité, il nous eu fallu en citer un très grand nombre.

Mais nous nous bornerons volontairement à ceux qui se rapportent très exactement aux relations du Pronostic et du Tempérament.

- ALLENDY. — Les tempéraments. Paris, Vigot 1922.
- BAUER. — Du konstitutionnelle Disposition zu inneren Krankheiten. Berlin 1917.
- CARTON. — Diagnostic et Conduite des Tempéraments. Paris. Doin 1926.
- CHAILLOU et MAC ALIFFE. — La morphologie médicale. Paris 1912.
- CORMAN. — La constitution physique des P. G. contenant un Essai sur le Tempérament. Paris, Doin, 1933.
- CORMAN et TISSOT. — De l'importance du Tempérament dans le Pronostic des Maladies. *Sc. Médicale Pratique*, 15 janvier 1934.
- A. JACQUELIN. — La Morphologie des Tuberculeux. Conférence faite en 1929, à la Société d'Etude des formes humaines.
- Sur le type morphologique de résistance à la Tuberculose pulmonaire. *Presse Médicale*, 24 septembre 1930.
- PENDE. — L'analyse moderne des constitutions prédisposées à la tuberculose, traduit de la *Sigura Medica*, 1926, dans *Bulletin de la Soc. d'Etudes des formes humaines*, 1927, page 104.

SIGAUD. — Les origines de la maladie (en collaboration avec VINCENT). Paris, Maloine 1906.

— Traité clinique de la digestion. Paris, Doin, tome I (1900) et tome II (1908).

— La forme humaine. Premier fascicule (seul paru). Paris, Maloine 1914.

TOURNIER. — Fragments recueillis par le Docteur René BIOT. Lyon.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
--------------------	---

Première partie

DOCUMENTS CONCERNANT LA GRAVITÉ DES MALADIES SELON LE TEMPÉRAMENT

CHAPITRE I. — Pédiatrie	7
CHAPITRE II. — Maladies infectieuses	17
CHAPITRE III. — Tuberculose pulmonaire	23
CHAPITRE IV. — Les affections syphilitiques	33
CHAPITRE V. — En milieu chirurgical	43
CHAPITRE VI. — Mort subite, corpulence et longé- vité	47

Deuxième partie

UNE CONCEPTION MORPHO-PHYSIOLOGIQUE DU TEMPÉRAMENT

CHAPITRE I. — Préambule	61
Une conception morpho-physiolo- gique du Tempérament	65
L'hypo et l'hyperexcitabilité dans les antécédents	67
L'hypo et l'hyperexcitabilité dans la maladie	69
Une conception nouvelle de la ma- ladie. Règles posées par CORMAN.	72

CHAPITRE II (1). — Les Quatre Tempéraments des	
Anciens	79
Le lymphatique hypoexcitable ..	82
Le sanguin hypohyperexcitable	83
Le tempérament idéal, mésoexci- table	85
Le bilieux méso-hyperexcitable .	85
Le nerveux hyperexcitable	86
Leur comportement dans la mala- die	87
(II) — Le tempérament selon l'Age et selon le Sexe	90
Selon l'Age	90
Selon le Sexe	91
CONCLUSIONS	95
BIBLIOGRAPHIE	101

TABLE DES FIGURES DANS LE TEXTE

FIG. 1 et 2. — Deux types d'enfant : un « fort » et un « faible »	14	15
FIG. 3. — Sujet atteint de pneumonie grave (tête).	21	
FIG. 4. — Sujet atteint de pneumonie benigne (tête)	21	
FIG. 5 .— Tête et buste de malade atteint de cor- tico-pleurite fibreuse	28	
FIG. 6. — Tête et buste de malade atteint de bron- cho-pneumonie caséreuse mortelle	29	
FIG. 7. — Tête de malade atteinte de tuberculose pulmonaire chronique	31	
FIG. 8. — Paralytique générale	41	
FIG. 9. — Type « dilaté »	56	
FIG. 10. — Type « rétracté »	57	
FIG. 11 à 20. — Les quatre tempéraments des An- ciens et le tempérament idéal. Corps (face et profil)	81	
FIG. 21 à 28. — Les quatre tempéraments des An- ciens. Têtes (face et profil).....	82, 84, 85,	86
FIG. 29 à 30. — Type féminin et type masculin..	92	



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



